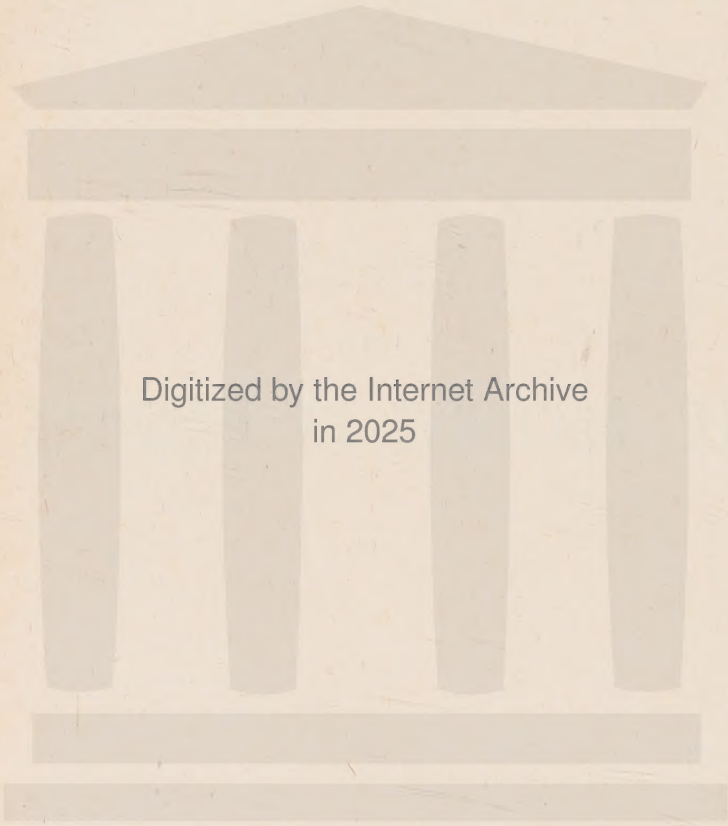
155

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE


Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/contributionletu0000vari_e0u5

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Février 1909 à 1 heure

PAR

Louis LEVASSEUR

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA

Version par Manœuvres externes

Président : M. PINARD, *professeur*

Juges { MM. SEGOND, *professeur*
PIERRE DUVAL, *agrégé*
COUVELAIRE, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne, 1
—
1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS.	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE ET DE MA SŒUR

A MA MERE

En témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

La Version par Manœuvres Externes

INTRODUCTION

Depuis 1807, époque à laquelle Wigand exposa pour la première fois les principes de la version par manœuvres externes, la question de savoir quels résultats pratiques il fallait attendre de cette opération, a été tant de fois agitée, qu'on peut s'étonner de nous voir l'aborder encore aujourd'hui.

De l'étude à laquelle nous nous sommes livré, il ressort, à notre avis, que la plupart des auteurs se sont exagéré les dangers que fait courir la pratique de la version par manœuvres externes exécutées avec la prudence et la modération conseillées par Wigand lui-même.

Il nous a paru intéressant de montrer tout le profit que l'accoucheur sagace et soucieux de son art peut retirer de

son emploi et de chercher à faire justice des attaques plus ou moins fondées dont elle a été l'objet.

Après avoir donné la définition qui nous semble le mieux convenir à l'opération de Wigand, nous avons esquissé son historique, puis nous avons essayé de préciser ces indications, nous réservant de signaler ensuite les cas dans lesquels l'abstention nous paraît plus sage ; enfin dans le chapitre « Manuel opératoire », nous avons rappelé très succinctement les règles consacrées par l'usage, estimant qu'elles ont été exposées si magistralement par M. le professeur Pinard qu'il est inutile d'insister.

Avant d'aborder notre sujet, nous nous faisons un devoir d'apporter ici le tribut de reconnaissance que nous devons à nos maîtres dans les hôpitaux.

M. le Docteur Schwartz, professeur agrégé, chevalier de la Légion d'honneur, chirurgien de l'hôpital Cochin ;

M. le Docteur Brault, chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique, médecin de l'hôpital Lariboisière ;

M. le Docteur Walther, professeur agrégé, chirurgien de la Pitié ; officier de la Légion d'honneur ;

M. le Docteur Chauffart, professeur agrégé, membre de l'Académie de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, médecin de l'hôpital Cochin ;

M. le Docteur Nélaton, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Boucicaut ;

M. le Docteur Auguste Broca, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades ;

M. le Docteur Lepage, professeur agrégé, accoucheur de l'hôpital Boucicaut, chevalier de la Légion d'honneur ;

M. le Professeur Pinard a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous lui en témoignons notre profonde reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Définition

La femme présentant un bassin normal et la grossesse arrivant à son terme, l'attitude du fœtus dans l'utérus peut faire augurer des chances de succès de l'accouchement.

En effet, pour que le produit de la conception puisse parcourir facilement la filière pelvi-génitale, il est de toute nécessité que l'une des extrémités de son grand axe se présente au détroit supérieur.

Pour des causes que nous n'avons pas à étudier ici, il arrive que le fœtus adopte dans l'organe maternel des attitudes telles qu'il en résulte une mauvaise présentation entraînant un accouchement difficile, laborieux, et même impossible.

Pour obvier aux conséquences, trop souvent funestes de ces mauvaises présentations, les accoucheurs ont imaginé divers procédés, parmi lesquels : la version.

Ce changement d'une présentation en une autre s'effectue parfois grâce aux seules forces de la nature. Il arrive en effet qu'examinant une femme au début du travail, on diagnostique avec certitude une présentation et qu'un exa-

men ultérieur, pratiqué plus ou moins loin du premier, révèle une toute autre présentation. C'est que sous l'influence de phénomènes mécaniques d'accommodation utéro-fœtale difficiles à pénétrer, il s'est produit soit un retournement, soit un simple déplacement aboutissant à la transformation constatée.

Schrœder donne de ce fait une observation des plus intéressantes : une femme chez laquelle on constate une présentation du sommet est portée à la salle de travail ; Schrœder l'examine et porte le diagnostic de présentation du siège. L'accouchement a lieu par l'extrémité pelvienne. On est naturellement porté à conclure à une erreur du premier observateur, mais l'examen du fœtus montre qu'il existe deux bosses séro-sanguines, l'une sur les fesses, l'autre sur le crâne.

Les cas de ce genre sont rares ; plus fréquents sont ceux de transformation d'une présentation de l'épaule en sommet ou siège. Ces changements ne sont pas toujours favorables à la terminaison de la grossesse et une fois de plus, on trouve en défaut l'aphorisme qui veut que « la nature fait toujours bien les choses ».

S'il peut arriver heureusement qu'une présentation de l'épaule se transforme en sommet, il peut aussi arriver malheureusement qu'une présentation du siège ou de l'épaule se substitue à une présentation du sommet.

Nous n'envisageons ici, bien entendu, que les changements de présentation qui s'effectuent à une époque avancée de la gestation plus ou moins rapprochée du terme.

Une première division de la version s'impose.

La transformation de la présentation s'est-elle effectuée

par les seules forces de la nature, la version est dite : *spontanée*.

Est-elle due, au contraire, à l'intervention de l'accoucheur, elle est *artificielle*.

Dans l'une ou l'autre de ces conditions, si l'on se place au point de vue du fœtus, la version peut être *céphalique*, si c'est la tête qui, après l'évolution, vient se présenter au détroit supérieur, ou *pelvienne* si c'est le siège qui est amené à l'entrée de l'excavation.

L'expression de version *pelvienne* est plus précise que celle de version *podalique*, qui doit être réservée à la version par manœuvres internes dans laquelle, en effet, les pieds jouent un rôle important.

Une troisième division consacrée trouve son origine dans les moyens employés pour effectuer la version : version par *manœuvres internes* la première en date, version par *manœuvres externes*, celle qui fait l'objet de notre étude.

L'une et l'autre se subdivisent en *céphalique* et *pelvienne*.

A une époque relativement récente, on a décrit d'autres variétés de version : version *mixte*, *combinée*, *bi-manuelle*, *bi-polaire* ; ces expressions sont assez explicites pour qu'il ne soit pas nécessaire de les définir.

Il est cependant un point qu'il nous semble utile de préciser. On serait tenté de classer dans la variété de version *mixte ou combinée*, des manœuvres qu'il nous semble plus logique d'attribuer à la version par *manœuvres externes;* nous avons en vue les cas où, au cours d'une version par manœuvres externes, en présence d'un siège bien amorcé,

difficile à mobiliser, l'accoucheur a recours à l'artifice qui consiste à faire introduire dans le vagin la main d'un aide qui s'efforce de refouler la présentation et favorise ainsi l'exécution de l'opération. Tant que l'on ne pénètre pas dans l'utérus, la manœuvre demeure externe.

Pour nous, la pratique que nous venons de décrire ne doit pas plus influer sur la dénomination de manœuvre externe que le fait de favoriser, à l'aide de la main restée libre, l'évolution du fœtus au cours de la version par manœuvres internes n'autorise à qualifier ce précédé de manœuvre mixte. Il n'en est pas de même de la version de Braxton-Hicks qui constitue réellement une version mixte ou combinée.

Nous ne nous attarderons pas davantage à critiquer les dénominations de *bi-manuelle* et de *bi-polaire* appliquées à la version ; tout le monde sait, en effet, que les deux mains agissent simultanément et qu'elles ont pour points d'appui les deux pôles fœtaux. On peut dire que toute version est *bi-manuelle* et *bi-polaire*.

Toutefois, nous n'avons pas encore défini la version par manœuvres externes. D'après Mattéi, « version est le changement d'une présentation du siège en une présentation du sommet ». Cet auteur réserve le nom de *réduction céphalique* à la transformation de la présentation de l'épaule en une présentation du sommet. Sans doute, Mattéi a raison ; mais à quoi bon aller contre l'usage qui a consacré au mot version une signification plus étendue.

Nous définirons donc la version par manœuvres externes : l'opération obstétricale qui a pour but de substituer

l'un des pôles de l'ovoïde fœtal à la région qui se présente spontanément au détroit supérieur.

Cette définition comprend tous les cas où l'une des extrémités fœtales, sommet ou siège, est amenée au détroit supérieur par des manœuvres exécutées à travers les parois abdominale et utérine, quelle que soit la région qu i occupait primitivement l'entrée du bassin, quelle que soit l'étendue du parcours effectué par le fœtus. Elle englobe également les procédés de transformation des présentations de la face et du front en présentation du sommet.

CHAPITRE II

Historique

De tout temps, la présentation du sommet a été considérée comme la plus favorable à l'heureux accomplissement de l'accouchement; il fut même une époque où elle seule était regardée comme physiologique. Il est donc tout naturel de voir à travers les âges les accoucheurs s'évertuer à la découverte de moyens propres à transformer les autres présentations dont ils redoutaient si justement les conséquences funestes.

Hippocrate compare le fœtus à « un noyau d'olive mis dans un vase à goulot étroit dont il ne peut sortir que suivant son grand axe », et dans son ignorance des rapports du produit de la conception à l'utérus, il introduit dans la pratique obstétricale de son époque la *succussion*.

« Deux femmes, dit-il, saisiront les jambes, et deux autres femmes saisiront les bras; alors, serrant fortement, elles secoueront et ne donneront pas moins de dix secousses; puis elles replaceront la femme sur le lit en mettant la tête en bas et les jambes en haut. Alors les femmes quitteront les bras pour saisir, toutes les quatre, les jambes et donner plusieurs secousses sur les épaules, en faisant retomber la patiente sur le lit, de telle façon que, par

suite de ces succussions, le fœtus se retourne dans la cavité de l'utérus et puisse sortir régulièrement (1). »

Plus près de nous, on trouve chez les Russes, les Mexicains et chez d'autres peuples, des procédés qui ne le cèdent en rien en brutalité, pour ne pas dire en barbarie, à la succussion. Les uns font piétiner le ventre de la parturiente par son mari, les autres la suspendent par les pieds et la secouent.

Les Japonais pratiquent un massage spécial dont le manuel opératoire serait diffilement accepté par les femmes de nos pays. Ce massage consiste en deux manœuvres distinctes : par la première on ramène le fœtus vers la ligne médiane : « La femme dénoue sa ceinture, se place sur le dos, et reste ainsi quelque peu en repos. Alors, le médecin commence à masser avec les deux mains la poitrine et à descendre en continuant ce massage jusqu'au creux épigastrique. Si le fœtus est du côté droit, le médecin applique ses genoux contre le côté gauche de la femme, pour avoir une force suffisante et, avec ses deux mains, il ramène le fœtus à la situation normale dans la ligne médiane du corps. »

On pratique cette manœuvre une dizaine de fois, puis on fait lever le femme et « le médecin applique ses épaules sur la poitrine de la femme, lui fait passer les bras autour de son cou, et enserrant alors ses genoux entre les siens, de façon à la bien maintenir, il exerce un massage latéral avec les deux mains, à partir de la septième ou

1. *Œuvres choisies d'Hippocrate*, trad. Daremberg, 2e éd., p. 672.

huitième vertèbre de haut en bas et en avant en produisant avec ses doigts un bruit de craquement pour détourner l'attention de la femme. Enfin, le médecin frictionne avec l'os du côté latéral de la paume de la main, d'arrière en avant, les fesses et les hanches en partant du sacrum, de soixante à soixante-dix fois » (1).

Faut-il voir dans ces procédés empiriques et bizarres l'origine de la version par manœuvres externes telle que nous la concevons aujourd'hui ? Nous ne le croyons pas et, d'accord sur ce point avec la pluralité des auteurs, nous n'hésitons pas à reconnaître à Wigand le mérite d'avoir le premier indiqué et décrit, en se basant sur des données vraiment scientifiques, l'opération qui nous intéresse.

D'aucuns ont voulu voir dans Rueff un précurseur de Wigand, mais s'il faut en croire Herrgott commentant son travail, Rueff ne peut, en aucune façon, mériter ce titre. « La lecture attentive des passages cités, dit Herrgott, ne permet pas d'y voir la plus légère esquisse de la méthode dont nous nous occupons (2). »

Au Congrès médical international qui tint ses assises à Paris en août 1867, Mattéi, fort d'une observation de Goubelly datant de 1785, dans laquelle ce dernier relatait les tentatives, d'ailleurs infructueuses, faites par lui pour transformer la présentation du fœtus, contesta à Wigand la priorité de la version par manœuvres externes, sous prétexte que ses premiers travaux concernant la question dataient seulement de 1807.

---

1. Charpentier, t. II, p. 613.
2. *Dictionn. Jaccoud*, 639, p. 154.

Cette réclamation de Mattéi en faveur de Goubelly paraît mal fondée, car la relation sur laquelle elle est étayée, montre clairement que Goubelly n'a agi que poussé par les circonstances, sans qu'il lui soit jamais venu à la pensée de créer une méthode nouvelle ; embarrassé, il a tenté une intervention de fortune plutôt inspirée que réfléchie et dont l'importance lui échappa.

Wigand, au contraire, nous présente un procédé nouveau, méthodiquement étudié, avec ses indications, ses difficultés, son manuel opératoire. Son travail apparaît comme la résultante d'une observation patiente et soutenue s'appuyant, pour conclure, sur des faits indéniables.

Observateur sagace et attentif, Wigand s'était aperçu que certaines présentations du tronc se transformaient en présentation du sommet par la seule intervention de la contraction utérine. Il lui était arrivé de voir s'effectuer sous ses yeux une heureuse évolution du fœtus et d'assister à un accouchement normal alors qu'il était appelé pour pratiquer une version interne dans un cas de présentation par l'épaule par exemple. Cette constatation fit germer dans son esprit l'idée de venir en aide à la nature et de lui permettre de réaliser toujours, avec le concours d'une main experte, ce qu'elle effectuait quelquefois spontanément.

C'est ainsi que vit le jour la version par manœuvres externes, cette manœuvre obstétricale qui est peut-être la plus utile, du moins la plus inoffensive.

Le *Magazin de Hambourg* de 1807 nous offre la primeur d'un travail de Wigand sur la mutation des présentations obtenues par pressions externes et attitudes de la femme.

Il ne s'agit encore que d'une ébauche de la méthode qu'un mémoire paru en 1812 développera complètement.

Ce mémoire passa pour ainsi dire inaperçu puisque trente ans après sa publication, Hubert fils relate dans son *Cours d'accouchements* (t. II, p. 325) que suivant Gottschalck, il n'a été pratiqué que deux versions externes sur 376.514 accouchements effectués en Allemagne. En France, on l'ignora jusqu'en 1857, époque à laquelle Herrgott père en donna la traduction, bien que depuis longtemps déjà l'école de Strasbourg, représentée par Stoltz et Herrgott enseignât et mit en pratique la méthode de Wigand.

En 1843, Hubert père (de Louvain) et Martin (d'Iéna) publièrent des articles en sa faveur, mais ceux-ci comme le mémoire de 1812, n'eurent point d'écho et la version externe demeura inconnue.

Les accoucheurs de 1812 et leurs successeurs immédiats s'en tenaient obstinément à la version interne.

Bien avant Ambroise Paré, en présence de l'inefficacité des manœuvres empiriques du genre de celles préconisées par Hippocrate, on avait recours à la version interne, version céphalique, toujours difficile, douloureuse pour la femme, pénible pour l'accoucheur qui ne parvenait pas chaque fois à réaliser la *culbute* du fœtus et se voyait contraint d'avoir recours, pour terminer l'accouchement, à des instruments meurtriers.

Cette théorie de la culbute était tellement ancrée dans l'esprit des accoucheurs de l'époque que, malgré Celse qui a conseillé l'extraction par les pieds du fœtus mort, malgré Soranus qui la pratiquait sur l'enfant vivant, la version céphalique était la seule à laquelle on avait recours.

Il faut arriver à Ambroise Paré pour trouver l'indication formelle d'extraire les enfants, tant vivants que morts, par la version podalique interne.

Guillemeau et Louise Bourgeois suivent les préceptes de leur maître.

Mauriceau se prononce pour la version sur les pieds et dit : « C'est pourquoi il vaut mieux, en ces rencontres, le tirer aussitôt par les pieds, les allant chercher. comme j'ai dit, s'ils ne se présentent pas et, ce faisant, on épargnera aux mères un très long travail et on amènera souvent les enfants vivants qui, sans cela, ne manqueraient pas de mourir avant qu'ils pussent être mis dehors par les seuls efforts de la nature. (Liv. V, Chap. XXI.)

La cause de la version podalique était gagnée. Toutefois, l'invention du forceps et la divulgation de son emploi devaient lui faire marquer un temps d'arrêt. Cet instrument apportait en effet le remède à l'insuffisance de l'action utérine sur laquelle les adversaires de la version céphalique basaient leur théorie. Il permettait de terminer rapidement et sans trop de dangers un accouchement dont la longue durée constituait une menace pour la vie de la mère épuisée par le travail et pour celle de l'enfant.

L'introduction du forceps dans l'arsenal obstétrical ne porte qu'un préjudice passager à la cause de la version podalique. Levret lui-même, auquel on doit d'heureuses modifications de cet instrument, la préconise et la pratique.

Il nous faut cependant, pour être exact, mentionner la tendance rétrograde de Smellie qui dit : « S'il était toujours possible de rétablir la tête dans sa situation naturelle, l'accoucheur s'épargnerait par cette opération beaucoup de

fatigues, il épargnerait aussi beaucoup de douleurs à la malade et il sauverait l'enfant d'un grand danger » (p. 327, t. II) ; celle aussi de Flamant, exposée dans son *Tableau synoptique des accouchements d'après une nouvelle méthode nosologique* et appréciée comme il suit par son élève Eckard dans sa thèse : « Le citoyen Flamant a osé le premier transgresser les préceptes de ses contemporains en remontant à la doctrine d'Hippocrate et de Moschion.... (1), par ce moyen un accouchement très difficile peut être réduit le plus souvent à un accouchement très naturel, puisqu'on a toujours la ressource et l'avantage inappréciable de pouvoir faire l'application du forceps, l'instrument par excellence. »

Tel était, très rapidement esquissé, l'état de la question des interventions en présence des mauvaises présentations, à l'époque où parut le mémoire de Wigand.

L'année 1855 marque une date dans l'histoire de la version par manœuvres externes. Mattéi fait à ce moment paraitre son *Essai sur l'accouchement physiologique* dans lequel il consacre un chapitre assez considérable à l'étude de cette opération qu'il préconise et défend avec chaleur. Ignorant les travaux de Wigand et de Hubert, Mattéi propose le changement de toute présentation vicieuse en une présentation du sommet à l'aide d'attitudes données à la

---

1. Nous citons textuellement la thèse d'Eckard. En réalité, c'est Soranus qu'il fallait dire, car Moschion n'a été que son abréviateur. Voir Herrgott, « Soranus d'Ephèse, accoucheur » *Ann. Gyn.*, 1882, et la traduction des *Maladies des femmes* du même auteur.

femme et de pressions extérieures. Son travail mérite une mention spéciale pour l'abondance de renseignements précis donnés sur le manuel opératoire et aussi par la description d'une nouvelle méthode d'exploration obstétricale, — le palper, méthode grâce à laquelle le diagnostic de l'attitude fœtale avant le travail de l'accouchement devient possible aux praticiens, qui jusqu'alors ne connaissaient comme moyen d'investigation que le toucher et ne pouvaient, par conséquent, se faire une opinion qu'à la faveur d'une dilatation suffisante, souvent même après la rupture de la poche des eaux.

Froriep avait bien déjà indiqué la version au cours de la grossesse à un moment rapproché du terme, mais Mattéi fut le premier à la conseiller dans la présentation du siège, aussi sommes-nous très étonné de voir Nivert l'exclure de l'historique qu'il fait dans la thèse sur la version par manœuvres externes qu'il soutint à l'instigation de son maître Danyau, alors accoucheur en chef de la Maternité de Paris, pour la raison, dit-il, « qu'après une lecture attentive, je suis resté fidèle à mes vieux maîtres, à mes excellents classiques, et que j'ai conservé mes vieilles croyances ».

Mal reçu partout, Mattéi dut se résoudre à lutter pour ses convictions sans grand espoir de les voir partager.

Dès 1855, parlant du palper, il écrivait : « Ce moyen de diagnostic a maintenant pour moi tant de valeur que très rarement nous avons besoin du toucher et de l'auscultation pour reconnaître la présentation et la position de l'enfant. »

L'exposé des règles du palper qu'il avait donné dans

son *Essai sur l'accouchement physiologique* n'était pas suffisamment précis et méthodique ; il se présentait trop timidement pour s'imposer et cela surtout à une époque où les maîtres de l'obstétrique se persuadaient d'avoir trouvé dans l'auscultation un procédé nouveau et infaillible d'investigation. « Que de clarté l'auscultation, que Wigand ne connaissait pas, ne donne-t-elle pas à l'accoucheur ! », dit Herrgott dans son article du *Dictionnaire de Jaccoud*.

Depaul n'en veut croire que ses oreilles et pour lui le palper est un moyen qui ne conduit qu'à *des probabilités*.

Jacquemier dans son *Manuel* ne considère le toucher abdominal (palper) que comme un moyen utile « pour reconnaître le développement de l'utérus et la présence de l'œuf dans son intérieur ».

Cazeaux, dont l'ouvrage fut le livre de chevet de nombreuses générations de médecins, parle incidemment du palper comme moyen de diagnostiquer la grossesse en tant que permettant de constater l'augmentation de volume de la matrice.

Tarnier parlant du palper appliqué au diagnostic de la présentation du sommet dit dans l'*Atlas de Lenoir* (p. 204-205) : « Malgré les services qu'il peut rendre, ce serait une faute d'accorder une valeur trop grande au palper abdominal ; on se trompe quelquefois même dans les cas les plus simples et l'erreur est facile quand les parois abdominales sont épaisses ou le liquide amniotique abondant. Enfin, il faut savoir que chez certaines femmes l'utérus entre si facilement en contraction qu'il est impossible de déprimer les parois de cet organe et

d'arriver à aucun résultat. Une autre considération qui diminue encore la valeur du palper, c'est que ce palper est surtout facile avant le travail de l'accouchement et devient difficile et bien souvent impossible pendant l'accouchement lui-même; ce qui s'explique par des douleurs vives et par les contractions faciles qu'il excite dans l'utérus; *c'est donc surtout quand il est important de porter le diagnostic que les renseignements fournis par le palper font défaut.* »

Plus loin il ajoute : « De toutes les méthodes d'exploration, celle qui donne les résultats les plus certains et les plus complets, c'est, sans contredit, le toucher vaginal. »

Jusqu'ici, il ne s'agit, on le voit, que d'une critique générale du procédé de Mattéi, mais Tarnier ne s'en tient pas là et abordant ailleurs le diagnostic des présentations, il dit :

Relativement au sommet (p. 205) : « Par le palper, on peut, dans certains cas, savoir si le dos du fœtus est dirigé vers le côté gauche ou le côté droit du bassin ; c'est là un premier pas vers le diagnostic.

« L'auscultation est encore plus importante.

« C'est surtout par le toucher qu'on apprécie les rapports exacts de la tête avec le pourtour du bassin... »

Relativement à la face (p. 214) : « Le palper n'est pas d'un très grand secours dans le diagnostic des présentations de la face, il fera bien connaître que le grand axe de l'utérus est longitudinal ; on pourra peut-être sentir au travers des parois de l'abdomen l'extrémité céphalique en rapport avec l'ouverture supérieure du bassin, mais comment savoir si la tête est fléchie ou défléchie ?

« Si le palper et l'auscultation sont insuffisants pour arriver au diagnostic des présentations de la face, ces deux modes d'investigation ne doivent pas avoir plus d'importance pour arriver à la connaissance de la position dans laquelle la face se présente... »

En ce qui concerne le siège (p. 220) ; « Par le palper, exercé suivant les règles déjà indiquées, on peut sentir l'extrémité céphalique à la partie supérieure de l'utérus et si l'on peut nettement la circonscrire, le diagnostic laisse peu de doutes. Cependant pour peu que les parois abdominales soient épaisses ou les parois utérines rigides, on peut confondre l'extrémité céphalique avec l'extrémité pelvienne, surtout quand on touche celle-ci par sa face postérieure ou sacrée. Il ne faut donc accorder qu'une médiocre importance à ce genre d'exploration... »

Quant à la grossesse gémellaire : « Nous ferons remarquer qu'il faut être en garde contre les résultats fournis par le palper et l'auscultation, car la présence de deux enfants dans la matrice change singulièrement le résultat fourni par le palper ; et si cette méthode d'exploration peut donner quelques résultats satisfaisants, elle peut tout aussi facilement induire en erreur. »

Toutefois, relativement à la présentation de l'épaule, Tarnier veut bien reconnaître que « les deux extrémités de l'ovoïde fœtal étant accessibles, le palper devient d'un secours plus grand » (p. 230).

Les maîtres de l'obstétrique refusant au palper le droit de cité, les praticiens n'allaient pas l'adopter ; lui seul cependant pouvait leur permettre de porter, au cours de la grossesse, le diagnostic d'une présentation s'annonçant

comme défectueuse, à laquelle la version par manœuvres externes pouvait presque toujours pallier. Le moyen était trouvé de tourner un obstacle que l'on ne voulait pas savoir découvrir.

On s'étonne à juste titre de voir Tarnier porter sur le palper l'appréciation que nous connaissons. Passe encore s'il avait été le vieil accoucheur, imbu des idées de son temps, réfractaire à tout progrès, mais c'était déjà, à cette époque (1865), le jeune maître aux larges vues, à l'esprit grandement ouvert aux innovations, accessible même aux conceptions les plus en contradiction avec les idées reçues, classiques.

Aussi ne s'arrêtant pas à l'impression première défavorable qu'il s'était faite de la méthode d'exploration de Mattéi, le voyons-nous continuer à l'expérimenter et se convaincre peu à peu de son bien-fondé, à tel point que lui-même donne à M. Pinard le conseil d'en approfondir l'étude.

L'élève devait, nous le verrons, convaincre le maître. Profitant des leçons du passé, s'entourant par de longues et minutieuses recherches de documents précis, M. Pinard se fit, en palpant, une opinion qu'il exposa magistralement dans son traité du *Palper abdominal* paru pour la première fois en 1878.

D'autres ouvrages concernant cette méthode d'exploration l'avaient précédé, celui de Mattéi en particulier, mais aucun ne comportait une étude aussi complète du palper et des précieux renseignements qu'il procure à ceux qui veulent le pratiquer.

L'apparition du *Traité du Palper*, auquel on n'a rien

ajouté ni retranché parce qu'il était né parfait, devait avoir une heureuse influence sur les idées des accoucheurs. Pour s'en rendre compte, il nous paraît intéressant de rechercher l'opinion qu'on se faisait du palper au moment de la publication de l'essai de Mattéi.

Herrgott nous renseigne à cet égard : « Nous ne croyons pas que *le palper abdominal, qui a permis à M. Mattéi de reconnaître* TOUTES *les présentations et les* POSITIONS *du fœtus pendant la grossesse et au moment du travail, et rend pour lui le diagnostic si facile,* fournisse, même avec le secours de l'auscultation et même du toucher, à d'autres accoucheurs, des lumières toujours aussi certaines ni si faciles pour les éclairer dans leur diagnostic ; une affirmation aussi catégorique basée sur les moyens d'exploration externe seuls, affirmation qui n'admet même pas le doute du sage, me paraît être le résultat d'une confiance trop grande dans ce moyen d'exploration et qu'une pratique plus étendue tempérera sans doute ; nous doutons fort qu'un praticien éclairé pose jamais avec cette assurance un diagnostic basé sur la seule exploration externe et ose se flatter de pouvoir distinguer *toujours* et *facilement* non seulement la présentation de telle ou telle partie du fœtus, mais même sa *position* au détroit supérieur (1). »

Neuf ans plus tard (1864) Marchal, élève de la même école, soutient sa thèse sur les applications du palper au diagnostic de la grossesse et dit (p. 25) : « Quant à trouver la tête, M. Mattéi prétend la trouver alors qu'elle est

1. *Gazette médicale de Paris*, 1855, n° 426.

au détroit supérieur, au-dessus et même, dit-il, dans l'excavation. Quant à nous, nous ne l'avons jamais sentie distinctement au détroit supérieur, *a fortiori* dans l'excavation. j'entends toujours par le palper abdominal. Nous pensons qu'on ne peut la reconnaitre que dans les présentations pédaliques (*sic*) » et (p. 26) : « Pour résumer, le diagnostic de la présentation du crâne se réduit à ceci : trouver le dos dans le sens de la ligne blanche, trouver les fesses dans le fond de la matrice...

« Le diagnostic des positions n'est pas d'une grande difficulté, comme nous allons le voir. »

Et il y arrive en se guidant par l'orientation du dos et les mouvements de l'enfant.

« Comme nous le voyons, c'est le dos qui nous offre le moyen de différencier les positions l'une de l'autre. Les mouvements de l'enfant peuvent aussi nous renseigner. »

Par contre, il décrit bien le caractère différentiel entre la présentation du crâne et celle de la face, il signale d'une manière parfaite le coup de hache de M. le professeur Pinard. En ce qui concerne la présentation du siège, son opinion se résume à ceci :

« A la partie inférieure on peut *soupçonner* l'existence des fesses, mais on ne les découvre pas d'une façon aussi nette que quand elles se trouvent dans le fond de la matrice... »

Ces quelques extraits suffisent à montrer ce que l'on attendait du palper à cette époque. La méthode devait et pouvait donner plus : M. le professeur Pinard l'a prouvé.

Le premier résultat important de l'apparition de son

travail fut la conversion de Tarnier. Si dans les annotations des éditions de Cazeaux antérieures et postérieures au *Traité du Palper* le maître dit encore « qu'il serait une faute d'accorder une valeur trop grande au palper abdominal » et restreint son application à quelques cas seulement, on trouve dans le deuxième fascicule de son *Traité d'accouchement* une vingtaine de pages consacrées à ce procédé dont il reconnaît maintenant toute la valeur. « Heureusement le palper est facile dans la grande majorité des cas et rend d'immenses services. Il permet d'apprécier le volume, la forme, la direction et la consistance de l'utérus, de reconnaître les parties fœtales, de déterminer l'attitude du fœtus et par suite les présentations et les positions ; il constitue encore le meilleur moyen de diagnostiquer la grossesse multiple ainsi que nous le dirons plus loin ». (P. 481.)

L'obstétrique était donc dotée, grâce à M. le professeur Pinard, d'un moyen d'investigation parfait, d'un emploi simple et facile, ne demandant qu'une expérience rapidement acquise.

Grâce à lui, le praticien, capable maintenant de porter le diagnostic certain et précis d'une présentation vicieuse, accueillerait avec moins de défiance la version par manœuvres externes et l'opération de Wigand allait enfin entrer dans la pratique courante. C'était là un autre résultat dont on ne peut nier l'importance.

Malheureusement l'excellence de la méthode n'eut pas aussi vite raison de la routine qu'on aurait pu le croire et dans sa 2e édition du *Palper*, M. le professeur Pinard constate que la version par manœuvres externes « est si peu

employée qu'aujourd'hui encore quand dans le monde médical on parle de version, c'est la version podalique par manœuvres internes qui apparaît immédiatement à l'esprit du médecin ».

Il faut en rechercher la cause dans la manière dont était fait à ce moment l'enseignement obstétrical. La plupart des élèves quittaient la Faculté nantis de leur diplôme de docteur, sans avoir approché une femme en travail.

La Maternité était régie par un règlement dont le titre III est ainsi conçu :

Article premier. — Il ne sera jamais admis, pour quelque cause ou considération que ce soit, aucun chirurgien du dehors dans la salle des femmes grosses ou accouchées, soit pour apprendre l'art des accouchements ou pour s'y perfectionner.

D'autre part, l'article 4 qui vise les étudiants n'est pas moins prohibitif.

En exécution du règlement du 4 avril 1730, concernant les étudiants en médecine qui accompagnent les médecins dans leurs visites, lesdits étudiants ne pourront, conformément audit règlement, être reçus sous aucun prétexte dans la salle des femmes grosses et accouchées.

Ainsi les étudiants et les médecins étaient réduits, la Maternité étant le seul service d'accouchements existant alors, pour s'initier à la « chirurgie des accouchements » à avoir recours aux leçons de ces sages-femmes dont les enseignes avaient si grandement offusqué Siebold au cours de son voyage à Paris (1).

1. Siebold. *Lettres obstétricales*.

Des hommes compétents comme Levret, Solayrès, Baudelocque, Desormeaux, Pajot. avaient bien instruit quelques élèves, mais cet enseignemənt libre ne suffisait pas pour assurer la diffusion des méthodes nouvelles.

L'enseignement officiel était nul, puisque l'installation des services d'accouchements dans les hôpitaux ne date que de 1882 et le stage obligatoire de 1891.

Les quelques lignes de M. le professeur Pinard qui vont suivre nous donnent une idée exacte des résultats de l'enseignement avant ces innovations.

« En 1875-1876, pendant que j'étais chef de clinique, 135 élèves examinaient des femmes pendant la période scolaire :

2 élèves	examinèrent des femmes	5 fois
5	—	4 —
16	—	3 —
45	—	2 —
69	—	1 —

« Les autres élèves inscrits sur mes cahiers ne répondaient pas à l'appel. Pourquoi ?

« Les uns ne venaient pas par insouciance, je le reconnais, et le plus grand nombre, parce qu'après être venus pendant un mois sans pouvoir examiner une femme, ils s'en allaient découragés et ne revenaient plus (1). »

La création du stage obstétrical et la scission du cinquième examen en deux parties, chirurgie et obstétrique, devaient apporter un remède à cet état de choses. Tout

---

1. Pinard. *L'enseignement de l'obstétrique autrefois et aujourd'hui,* 1890.

médecin sorti de la Faculté de Paris avait au moins assisté plusieurs femmes en couches et connaissait le palper.

Cependant, la vulgarisation de la version par manœuvres externes ne s'effectuait que péniblement, on ne pouvait se résoudre à oublier les anathèmes dont elle avait été l'objet.

Depaul l'avait condamnée : « Cette opération réussit assez rarement, car il est difficile, en effet, de trouver réunies chez une même femme les conditions favorables du côté de la mère et du côté de l'enfant ; aussi quoique préconisée au commencement de ce siècle, elle n'est encore entrée dans la pratique qu'à titre exceptionnel (1). »

Tarnier l'avait appréciée d'une façon plutôt hostile :

« A moins de conditions spéciales, singulièrement favorables, il nous paraît difficile de faire ainsi culbuter le fœtus à volonté dans la cavité utérine ; pour notre part, nous avons échoué dans de pareilles tentatives ; d'ailleurs si, au milieu de la manœuvre la poche des eaux venait à se rompre, on aurait transformé la présentation du siège en présentation du tronc ; malheureusement un pareil résultat a déjà été observé. Nous pensons donc que la version doit être réservée pour le cas de présentation du tronc (2). »

Et dans la présentation de l'épaule :

« Il ne faut cependant accepter qu'avec une certaine réserve les avantages apparents de la version externe, car

1. Depaul. *Leçons de Clinique obstétricale*, p. 25.
2. *Atlas Lenoir*, p. 238.

dans bon nombre de cas, les contractions utérines auraient suffi à rectifier la présentation et auraient amené un accouchement heureux. Inutile pendant la grossesse, impossible quand l'épaule est profondément engagée, la version externe n'est, selon nous, applicable qu'à des cas exceptionnels, alors elle a des avantages incontestables sur la version interne (1). »

A l'Ecole de Montpellier, Dumas enseignait et pratiquait la version externe (2).

Grynfeltt, en 1882, écrivait, dans la *Gazette hebdomadaire de Montpellier*, un article sur la version externe où on peut lire :

« Je suis loin de méconnaître les services que peut rendre dans quelques cas spéciaux, la version faite suivant la méthode que prône aujourd'hui, après tant d'autres, M. Pinard, mais avoir la prétention, ainsi que Mattéi, de supprimer dans tous les cas, par des manipulations extérieures, même avec l'aide de la ceinture de Pinard, les présentations de l'épaule, du siège, celle du front (!), c'est, à mon sens, une utopie, c'est faire de la théorie et voilà tout (3). »

Cependant, grâce à l'enseignement du professeur Pinard et de quelques partisans de la version externe, on finit par adopter presque généralement son application à la correction de la présentation de l'épaule.

---

1. *Id.*, p. 239.

2. Dumas. Leçons cliniques. *Montpellier médical.* — A. Clément, thèse de 1865. — C. Laugier, thèse de 1865. — Grynfeltt. *Montpellier médical,* 1867.

3 Grynfeltt. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Montpellier*, 1882, n° 32, p. 373.

L'extension de la méthode à la présentation du siège, comme le proposaient Mattéi et le professeur Pinard, rencontre plus de difficultés.

On accumule contre elle tous les arguments : obstacles, dangers, impossibilités, et cela à un moment où le pronostic de la présentation pelvienne devenait de plus en plus bénin, si bénin même, de l'avis de certains, que Guéniot et Charpentier ont osé affirmer que jamais on ne perdait un enfant venant au monde par le siège (1).

Le 11 novembre 1886, Pajot portait à la Société obstétricale et gynécologique de Paris cette question alors palpitante.

« Je déclare, disait-il, que je suis partisan absolu de la version par manœuvres externes quand il s'agit de remédier à une présentation du tronc. Mais appliquée aux présentations pelviennes, la version par manœuvres externes est, chez les primipares, difficile, souvent impossible, presque toujours dangereuse.

« Chez les multipares, elle est inutile. »

Entraînée par Pajot, Gueniot, Charpentier, et malgré l'intervention d'Olivier, et de M. Doléris, cette société, qui avait déjà condamné au sommeil éternel dans les « greniers de Charrière » le forceps de Tarnier, prononçait sur la version par manœuvres externes appliquée à la correction de la présentation du siège le verdict suivant :

« La version par manœuvres externes dans la présenation du siège peut être tentée.

« Elle serait utile, surtout chez les primipares, mais

1. Société obstétricale et gynécologique de Paris, déc. 1886.

c'est alors qu'elle est plus difficultueuse et peut présenter des dangers ; il faut s'arrêter devant la violence.

« Chez les multipares elle est plus facile, mais moins nécessaire. »

Ce n'était pas la condamnation franchement formulée de la méthode, mais une insinuation mal déguisée contre elle qui devait nuire à sa vulgarisation.

Heureusement, les décisions de cet aéropage n'étaient pas sans appel et aujourd'hui le forceps de Tarnier est dans toutes les trousses et l'opération de Wigand est de pratique journalière, car « elle n'a, en effet, lorsqu'elle est tentée avec prudence, d'autre inconvénient que celui de ne pas réussir, et, si elle échoue, elle n'ajoute point aux difficultés des manœuvres nouvelles auxquelles on est obligé de recourir pour terminer l'accouchement » (1).

---

1. Désormeaux et Dubois. *Dict. en 30 vol.*, vol. XXX, p. 713.

CHAPITRE III

Indications

Réservée primitivement par Wigand au seul cas de présentation de l'épaule, la version par manœuvres externes a vu le champ de ses indications s'élargir avec le perfectionnement des moyens d'investigation obstétricale. Nous avons essayé dans le chapitre précédent de montrer les rapports existant entre les progrès de l'opération de Wigand et ceux du palper abdominal.

A l'heure actuelle, il existe trois indications principales de la version par manœuvres externes :

A. — *La présentation de l'épaule admise sans discussion.*

B. — *La présentation du siège presque généralement admise.*

C. — *L'insertion vicieuse du placenta.*

A. — Présentation de l'épaule

Le pronostic de la présentation de l'épaule est grave ; il l'était davantage avant la connaissance du palper alors que le diagnostic n'était porté qu'à un moment avancé du travail, l'épaule étant déjà fortement enclavée, la poche

des eaux rompue, l'utérus épuisé par un long et inutile travail ou contracturé par l'administration de seigle ergoté.

Jacquemier considérait, à juste titre, cette présentation comme une dystocie.

Nous n'insisterons pas sur les dangers qu'elle présente; notre but n'est autre que de les prévenir, toutes les fois que cela sera possible. Or, les cas où la version par manœuvres externes ne permet pas de les conjurer sont peu nombreux; en face d'une présentation nette de l'épaule, tous les praticiens se sont enfin accordés sur la nécessité de la corriger. Cette unité de vues cesse aussitôt que l'on se trouve en présence d'une de ces présentations dont Tarnier disait (*Atlas de Lenoir*, p. 227) : « Dans les conditions normales, en pratiquant le palper abdominal, surtout chez les multipares, on trouve souvent la tête de l'enfant en rapport avec l'une des fosses iliaques, sur le pourtour du détroit supérieur, dans lequel elle n'a pas encore plongé. Dans une thèse, d'ailleurs remarquable, M. Nivert a regardé cette situation occupée par la tête comme un signe de présentation du tronc; c'est là, selon nous, une erreur complète et nous n'y voyons qu'une présentation du sommet avec une simple obliquité qui se corrigera spontanément aussitôt qu'apparaîtront les premières contractions utérines. »

Et, plus loin, envisageant le cas de simple obliquité de l'axe du fœtus, le même auteur dit (p. 238): « Une simple pression suffit pour corriger la présentation qui, d'ailleurs, se serait corrigée spontanément, et ce serait singulièrement exagérer l'importance des manœuvres externes que de leur

attribuer, en pareil cas, l'issue heureuse de l'accouchement; le succès n'est alors qu'apparent : cette illusion n'a été évitée ni par Wigand ni par M. Nivert. »

Dubois partageait déjà la même opinion puisqu'il disait à Mattéi lui proposant de faire une version : « Ce n'est pas nécessaire, elle se fera peut-être toute seule (1). »

Herrgott subordonne exclusivement l'attitude du fœtus à la forme de l'utérus qui le contient : « Une présentation irrégulière du fœtus est un effet de la forme irrégulière de la matrice » ; et, selon lui, le travail par ses contractions corrige souvent heureusement la malformation utérine. « La régularisation de la forme de la matrice sous l'influence du travail peut donc avoir pour effet la réduction spontanée en situation normale du fœtus qui glisse sur le plan incliné de l'entonnoir du segment inférieur, pour arriver, avec le pôle qui reposait sur un des côtés, jusqu'au milieu du détroit supérieur, absolument comme il a pu y arriver par les manœuvres externes, les pressions méthodiques, et s'y maintenir moyennent la ceinture (2). »

En effet, *la réduction spontanée* se produit quelquefois et c'est justement l'observation de ce phénomène qui amena Wigand à rechercher le moyen de la faciliter et d'obtenir toujours ce qui ne se réalise que par hasard.

Nous ne pensons pas, cependant, que le mécanisme décrit par Herrgott soit exact ; nous comprenons difficilement un utérus mal formé au repos et normal en état de contraction. En général, les malformations utérines

---

1. Mattéi. *Palper abdominal*, p. 50.
2. *Dict.*, Jaccoud, t. XXXIX, p. 165.

s'accentuent par le travail et ne sont souvent même décelables qu'à ce moment. Le fœtus contenu dans un utérus mal formé adapte son attitude à la forme de son contenant. C'est la loi de Pajot. Mais un tel utérus conserve sa forme irrégulière grâce à laquelle peuvent se présenter des difficultés insurmontables à l'exécution de la version par manœuvres externes ou internes comme nous le verrons.

Les réductions spontanées s'observent quelquefois dans certaines présentations de l'extrémité céphalique quand la tête, très mobile au-dessus du détroit supérieur, tend à glisser dans l'une des fosses iliaques ou même y repose, sans que l'on soit pour cela autorisé à dire qu'il y a présentation de l'épaule.

A l'occasion d'une contraction, la tête peut glisser sur le plan incliné de l'entonnoir du segment inférieur et venir occuper le détroit supérieur dans lequel elle s'engage, sous l'influence de nouvelles contractions. Mais le glissement peut se produire tout autrement et aboutir à une présentation de l'épaule définitive.

Dans le premier cas, il semblerait plus naturel de dire rectification de présentation et réserver l'expression de réduction au seul cas où il y a réellement changement de présentation. Pour cette raison, nous appellerions volontiers rectification la manœuvre qui consiste à amener la tête au niveau du détroit supérieur et à l'y fixer en provoquant la flexion ; nous qualifierions alors de réduction la substitution de la tête à l'épaule, de la sorte la réduction pourrait être suivie d'une rectification.

Quelquefois, mais plus rarement, la tête du fœtus au

lieu de revenir vers le détroit supérieur remonte le long de la fosse iliaque entraînant derrière elle l'épaule qui pointait dans l'excavation et gagne le fond de l'utérus, le siège se substitue à l'épaule. C'est une véritable version spontanée.

Tels sont les moyens dont la nature use pour remédier à la présentation de l'épaule ; tels sont aussi ceux que l'accoucheur doit mettre en œuvre pour corriger une présentation qu'il sait dangereuse.

« Le médecin qui aspire à guérir ne doit pas seulement imiter la nature, il est des cas où il se montre supérieur à elle, où il achève ce qu'elle commence, où il abrège ce qu'elle prolonge, où il entreprend ce qu'elle ne saurait entreprendre, où il perfectionne par la raison ce qu'elle n'exécute que par instinct (1). »

Pour arriver à ce but, le praticien doit avoir recours à l'opération si simple et surtout si inoffensive qu'est la version par manœuvres externes. Toute présentation de l'épaule diagnostiquée commande l'intervention. Mal venu serait celui qui, pour se donner la satisfaction de contrôler le mode de terminaison décrit par Denman dans la présentation du tronc, suivrait l'exemple de Velpeau. Ce dernier laissa ainsi une femme en travail de 10 heures du matin jusqu'à minuit sans intervenir et cela d'autant plus inutilement qu'il avait pu réunir, concernant ce cas, 137 observations antérieures comportant 125 enfants morts et seulement 12 vivants.

La présentation de l'épaule abandonnée à elle-même

---

1. Alibert. *Les Dermatoses.*

peut se terminer sans mutation de présentation ; par un mécanisme particulier décrit d'abord par Denman et après lui par Douglas : l'évolution spontanée, dont les temps sont détaillés dans tous les traités d'accouchement. On a cité quelques exemples d'enfants nés vivants grâce à ce mécanisme, mais il ne faut pas oublier dans ce cas l'attitude que conseille sagement Denman lui-même :

« Cependant, la connaissance de ce fait, quoique bien prouvé, ne nous dispense pas chaque fois où l'opération peut avoir lieu sans danger pour la mère, ou qu'elle puisse nous donner plus d'avantages pour sauver l'enfant, de tourner les enfants qui présentent les extrémités supérieures (1). »

En résumé, la version par manœuvres externes est formellement indiquée dans la présentation de l'épaule.

La statistique de Varnier justifie cette conduite, d'ailleurs universellement admise aujourd'hui :

16 femmes sont accouchées à Lariboisière ayant une présentation de l'épaule non corrigée : 11 enfants sont morts :

28 femmes ayant une présentation de l'épaule corrigée, 9 pendant le travail et 19 au cours du dernier mois de leur grossesse, ont mis au monde 28 enfants vivants.

Ces chiffres se passent de commentaires.

Il est intéressant toutefois de les comparer à ceux donnés par Hubert, d'après Riecke, indiquant la mortalité maternelle et fœtale consécutive à la version par manœuvres internes.

---

1. Denman. *Introduction à la pratique des accouchements*, trad. franç., t. II, p. 503.

Mortalité maternelle.....	10,25 o/o
Mortalité fœtale.....	53 o/o

Pour en terminer avec l'indication de la version externe appliquée à la correction de la présentation de l'épaule, nous rappellerons les dires de Hubert, de Louvain :

« La version externe n'a jamais coûté la vie à une femme. Les résultats pour l'enfant sont, à peu d'exceptions près, aussi heureux que pour la mère. »

Ceci, pour montrer l'innocuité de l'opération. Quant à son efficacité, Hubert père disait, y faisant allusion :

« Voilà quarante ans que dans ma clientèle je n'ai plus fait de version interne pour corriger un vice de présentation. »

B. — Présentation du siège

Si, comme nous l'avons vu, la version par manœuvres externes a été acceptée assez facilement lorsqu'il s'agit de corriger la présentation de l'épaule, il n'en est pas de même en ce qui concerne la présentation du siège. En 1855, Mattéi la conseillait dans son ouvrage ; c'était même pour lui la seule manœuvre qui méritât le nom de version. Après lui, les publications relatives à ce sujet se multiplient : Thèse de Belin en 1856, traduction du mémoire de Wigand par Herrgott en 1857, thèses de Nivert et Ducellier à Paris, de Clément et Laugier à Montpellier.

Les journaux eux-mêmes émettent des opinions contradictoires et deux camps se forment : Scanzoni, Martin,

---

1. Pinard. *Traité du Palper.*

Charles, Hubert père et fils à l'étranger, Dubois, Herrgott, Depaul, Tarnier, Grynfeltt, Pajot, Charpentier, Guéniot, etc. en France se montrent les adversaires de cette pratique.

Leurs arguments étaient les mêmes et peuvent se résumer à ceux invoqués par Herrgott : « Dans les présentation pelviennes qui, chez les primipares, peuvent se terminer normalement pour la mère et pour l'enfant, il ne nous paraît pas indiqué de changer cette présentation. »

De plus, suivant eux, la version était difficile, dangereuse et aléatoire : « Jamais, s'écriait Martin, à la Société obstétricale de Berlin en 1860, aucun médecin allemand n'oserait pratiquer la version céphalique dans le cas de présentation du siège. »

Hegar et Schrœder comparant le pronostic des présentations du siège et du sommet concluent naturellement en faveur de la seconde et se refusent à suivre le professeur de Berlin ; Schrœder parlant de Mattéi et d'Hegar écrit : « On ne peut, étant supposé que la transformation se fasse sans difficulté, opposer à leur manière de voir aucune objection valable. »

Le 11 décembre 1886, sur la proposition de Pajot, la Société obstétricale et gynécologique de Paris déconseillait presque officiellement, comme nous l'avons vu, l'emploi de la version externe dans la présentation du siège.

M. le professeur Pinard s'est montré le défenseur de cette méthode et les arguments dont il s'est servi étaient de nature à entraîner la conviction. Ses efforts n'ont pas cependant tout d'abord été récompensés comme on pouvait s'y attendre et si aujourd'hui la version externe est

presque toujours pratiquée dans la présentation du siège, c'est qu'il a montré pour la défense de cette méthode la persévérante opiniâtreté dont il a donné les preuves toutes les fois qu'il s'est agi de lutter pour le bien de la mère et de l'enfant.

Nous disions presque toujours pratiquée, car il est certains accoucheurs qui ne considèrent pas la présentation du siège comme une indication formelle de l'opération de Wigand ou plutôt de Mattéi : les uns arguent de la difficulté de l'opération surtout chez les primipares ; il faut bien reconnaître qu'elle est parfois difficile, qu'il peut arriver même que l'on se trouve dans l'impossibilité de l'effectuer, mais ce n'est pas, à notre avis, une raison pour ne pas la tenter. Aujourd'hui, le palper fournit quant à la présentation des renseignements qu'on ignorait autrefois ; de plus, suivant le conseil de Wigand on n'entreprenait la version qu'au moment où les contractions utérines étaient bien suivies, on cherchait à faire évoluer le fœtus *pendant la contraction*, et on s'arrêtait lorsque l'utérus entrait en repos, c'est dire qu'on procédait à l'encontre justement des règles enseignées de nos jours. Dans ces conditions, la version devait échouer la plupart du temps, surtout pratiquée par des accoucheurs qui manquaient de foi.

La principale difficulté réside dans la mobilisation de la présentation ; mais, une fois celle-ci obtenue, l'évolution est, sauf complications rares, toujours réalisable.

Chez les primipares, l'engagement se fait de bonne heure, or il est logique de supposer que chez elles le siège sera plus difficile à déplacer.

Qu'il y ait ou non engagement dans les présentations

du siège (les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point) il est certain que chez les primipares le fœtus se trouve plus à l'étroit dans la cavité utérine lorsque la grossesse arrive à son terme et que, si dans les présentations du sommet l'engagement au cours du neuvième mois est la règle, dans les présentations du siège celui-ci s'applique plus exactement sur le détroit supérieur et pointe dans l'excavation.

Dans ces cas, certains conseillent l'abstention, d'autres préconisent l'introduction du doigt et même de la main dans le vagin pour soulever la présentation, mais ce sont là des exceptions et en général la version s'exécute sans grandes difficultés, surtout si on la pratique au cours de la grossesse.

D'autres détracteurs de la version externe l'accusent de provoquer l'accouchement prématuré, la rupture de l'œuf, la déchirure de l'utérus, la transformation d'une présentation du siège en une présentation d'épaule et d'autres méfaits encore. Or, jamais une seule observation n'a été publiée à l'appui de ces affirmations.

On a aussi reproché à cette pratique d'avoir produit l'arrachement du placenta dans le cas de brièveté du cordon, l'étranglement du fœtus par des circulaires serrés, or, il faut arriver à l'année 1882 pour trouver concernant ces derniers cas une observation de Grynfeltt parue dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier*.

Six ans plus tard, Lefour publie deux autres observations qui méritent l'analyse et en 1897 Budin en présente une quatrième. Tel était le bilan des méfaits de la ver-

sion par manœuvres externes au moment où Delacour soutint sa thèse sur *Indications, contre-indications et accidents de la version par manœuvres externes* (Paris, 1905). Cette thèse contient deux nouvelles observations ; dans l'une, la version aurait été nuisible au fœtus, dans l'autre, il est simplement question de la fixation, à l'aide d'un bandage, d'une tête mobile au détroit supérieur ; ce qui n'a rien de commun avec la version.

Donc, de 1855, époque à laquelle Mattéi a proposé la version externe pour transformer la présentation du siège en présentation du sommet, six seules observations ont pu être invoquées pour la combattre.

Nous en donnons immédiatement les résumés et l'analyse.

OBSERVATION I

(Budin. *Arch. Tocologie*, 1889, t. XVI, p. 69.)

Il s'agit dans cette observation d'un cas de brièveté accidentelle du cordon rendant l'évolution du fœtus impossible. A plusieurs reprises Budin essaya la version par manœuvres externes sans résultat ; la tête reprenait sa situation aussitôt qu'elle était abandonnée. Le cordon qui ne mesurait que 37 centimètres « partant de l'ombilic, gagnait le dos, qu'il suivait de gauche à droite pour venir passer sous l'aisselle du côté droit » et de là gagnait le placenta inséré au fond de l'utérus. L'insertion du cordon était vélamenteuse.

A trois reprises différentes on essaie plusieurs fois la version et malgré la brièveté du cordon, malgré son inser-

tion vélamenteuse il n'y a aucun accident et la grossesse se termine normalement par la naissance d'une fille de 3.120 grammes bien portante.

OBSERVATION II

(Grynfeltt. — *Gaz. heb. des scien. méd. de Montpellier*, 1882.)

Cette observation se rapporte encore à un cas de brièveté accidentelle du cordon, par circulaires autour du cou. Le fœtus se présente par l'épaule. La version externe tentée à trois ou quatre reprises dans l'intervalle des contractions pour obtenir une présentation du sommet échoue; Grynfeltt essaie alors l'évolution en sens inverse et transforme la présentation de l'épaule en une présentation du siège qui réussit et l'expulsion a lieu. Le fœtus est mort. Il existait trois circulaires serrées autour du cou.

Doit-on incriminer la version d'avoir provoqué la mort de ce fœtus ? Grynfeltt répond par l'affirmative, nous n'osons pas nous prononcer.

OBSERVATION III

(Lefour. — *Arch. de Tocologie*, 1888, p. 532.)

Présentation du siège complet. Version difficile incomplète. Bandage. Circulaires serrés. Mort du fœtus. On peut reprocher à Lefour de n'avoir pas agi avec toute la prudence désirable. En effet, il écrit : « Mais lorsque j'eus abaissé la tête dans le flanc droit, je rencontrai

de *réelles difficultés* pour le faire descendre plus bas et ce n'est qu'en exerçant sur elle *une forte pression* que je pus l'amener jusque dans la fosse iliaque.

« A partir de ce moment tous mes efforts pour aller plus loin furent absolument vains. Cependant je me décidai à appliquer un bandage compressif dans la pensée que des rouleaux d'ouate par la compression continue qu'ils allaient exercer compléteraient l'évolution et amèneraient ainsi la tête dans l'aire du détroit supérieur. »

L'accouchement eut lieu par le sommet mais l'enfant était mort. Cette observation contient un point intéressant susceptible d'attirer l'attention de l'accoucheur qui se trouverait dans les mêmes circonstances : deux ou trois jours après la version. Lefour constata un souffle funiculaire très net et la femme affirmait que les mouvements de son enfant étaient plus fatigants et plus fréquents depuis l'opération. Evidemment le fœtus souffrait.

En comparant la conduite de Lefour et de Grynfeltt à celle de Budin (Obs. 1), on ne peut s'empêcher de remarquer combien la conduite de ce dernier a été prudente ; aussi a-t-il eu un enfant vivant.

OBSERVATION IV

(Lefour. — *Arc. Tocol.*, 1888, p. 538.)

Mme R..., trente-trois ans. III-pare. Deux premières grossesses terminées par avortements sanglants au deuxième mois de la gestation.

Troisième grossesse surveillée par Lefour arrive au huitième mois.

Présentation du siège en S I D P.

Le 26 décembre, version proposée et acceptée.

Le 2 janvier S I G A. Trois tentatives infructueuses de version.

La tête se déplaçait mais, aussitôt lâchée, remontait au fond de l'utérus « comme si elle était mue par un ressort ».

Le siège se laissait amener vers la fosse iliaque mais il était impossible de le faire remonter plus haut.

Le 4 janvier, nouvelles tentatives dans les deux sens ; même insuccès. Lefour s'arrêta : « Il me sembla, dit-il, que j'étais en face d'un obstacle insurmontable. »

De nouvelles tentatives devaient être faites *sous le chloroforme*, mais, deux heures après les précédentes tentatives, survient une hémorragie, accompagnée de contractions utérines ; contractions et hémorragie s'arrêtent et la grossesse poursuit son cours jusqu'au 1er février. A cette date, expulsion d'un enfant se présentant par le siège, en état de mort apparente, ranimé facilement.

L'examen du placenta montre l'existence d'un décollement partiel, origine de l'hémorragie du 4 janvier.

Devenu plus prudent, Lefour a un enfant vivant. Nous ne conseillerons cependant pas la conduite tenue, car chez une femme ayant déjà eu successivement deux *avortements sanglants*, tenter à plusieurs reprises la version par manœuvres externes et se proposer de les renouveler *sous le chloroforme* nous semble téméraire à tous les points de vue.

Heureusement l'hémorragie est venue mettre un terme à ces tentatives et mérite dans ce cas la qualification de salutaire.

OBSERVATION V

(Bonnaire. — Delacour, thèse de Paris.)

La femme Maria Ch..., domestique, se présente le 4 juin 1904 à la consultation des femmes enceintes pour des pertes de sang qui durent depuis quatre jours.

C'est une femme bien constituée, dont le père est mort d'une fièvre typhoïde, la mère d'un cancer du nez. Elle-même a eu la rougeole et la scarlatine dans son enfance. Elle ignore l'âge auquel elle a marché mais n'accuse aucune maladie de l'appareil locomoteur.

Depuis l'âge de seize ans elle est réglée mais d'une façon irrégulière.

Maria Ch..., se trouve enceinte pour la troisième fois.

Sa première grossesse a eu lieu en 1898, elle se termina au bout de huit mois et demi par l'accouchement d'une fille qui mourut de diarrhée un mois plus tard.

La deuxième grossesse date de 1899. Marie Ch... accoucha à terme d'une fille, laquelle mourut de méningite neuf mois plus tard.

La malade ne peut préciser le début de sa grossesse actuelle, elle ignore la date de ses dernières règles, elle ignore l'époque à laquelle elle sentit remuer. Depuis huit jours la malade se plaint de douleurs dans le ventre, depuis quatre jours elle a des pertes de sang mais peu abondantes.

Les urines ne renferment pas d'albumine.

L'examen de la malade dénote une grossesse de six mois environ ; le fœtus est placé transversalement et l'on constate une présentation de l'épaule non engagée en acromio-iliaque gauche, dorso-postérieure. Le toucher vaginal montre un bassin normal, un col présentant une dilatation de 1 franc : les membranes sont intactes.

Un lavement contenant vingt gouttes de laudanum est aussitôt administré à la malade, tandis qu'on lui fait garder le repos au lit le plus absolu. Les contractions utérines, quoique très effacées et irrégulières, persistent néanmoins.

Le lendemain 5 juin à 1 heure de l'après-midi, le travail continuant, M. le Dr Bonnaire, pratique la version par manœuvres externes ; la tête est amenée au détroit supérieur mais n'a aucune tendance à y rester. Le bandage de corps de Tarnier et deux tampons latéraux d'ouate sont appliqués pour maintenir la présentation céphalique mais ne peuvent réussir à empêcher le retour du fœtus à une présentation vicieuse.

Pendant toute la journée la femme a quelques contractions. Le soir de cette même journée la dilatation du col utérin est complète : les membranes encore intactes sont rompues alors par la sage-femme en chef Mme Orsat qui constate un commencement d'engagement de l'épaule.

On pratique aussitôt la version par manœuvres internes et on extrait facilement un enfant en état de mort apparente que l'on parvient à ranimer au bout de dix minutes.

L'enfant, du sexe féminin, pèse 1.250 grammes, il est placé immédiatement en couveuse.

On pratique la délivrance artificielle suivie d'une injection utérine iodée. Le placenta de forme triangulaire pèse 300 grammes, il était inséré bas ainsi que le montre l'examen des mem-

branes qui sont complètes (placenta prœvia, variété marginale).

La mère a des suites de couches normales.

Le 6 juin 1904, soit trente-six heures après l'accouchement, l'enfant meurt, l'autopsie en est pratiquée le 8 juin.

On trace sur la tête du petit cadavre une incision transversale reliant les deux conduits auditifs externes. A peine le cuir chevelu est-il sectionné sur toute son épaisseur au niveau de la région en rapport avec la fontanelle postérieure, qu'il s'écoule du sang. La section étant complète on rabat le cuir chevelu de chaque côté de l'incision, en le décollant des os craniens, et l'on remarque, sur sa face interne, une large plaque de suffusion sanguine plus étendue qu'une pièce de 5 francs. Il n'existait pas de poche sanguine. Avec le bistouri ou pratique une boutonnière dans la fontanelle antérieure, puis à l'aide de ciseaux à pointes mousses on sectionne les sutures sagittale, lambdoïde, et fronto-pariétale.

On soulève le pariétal gauche et l'on aperçoit la pie-mère infiltrée, les plexus choroïdiens injectés. Les méninges sont détachées au bistouri, il est alors possible de remarquer une hémorragie cérébrale dans le territoire de l'artère sylvienne : le sang a, de plus, fusé vers la base du cerveau. Une coupe pratiquée dans la substance cérébrale au niveau de la scissure gauche de Rolando fait constater une hémorragie ventriculaire.

Le lobe cérébral droit ne présente rien d'anormal.

« Ces lésions, dit Delacour, ne sauraient être attribuées à la version interne qui, dans le cas particulier, fut pratiquée pour terminer l'accouchement et qui s'opéra aisément dans un bassin normal avec un enfant petit. »

Nous ne partageons pas absolument cette manière d'interpréter les faits.

L'observation telle qu'elle est présentée ne contient pas de renseignements suffisants. Elle ne contient aucune indication relative à la souffrance du fœtus pendant le travail, il a cependant dû souffrir puisqu'il est né en état de mort apparente. Elle est également muette en ce qui concerne le cordon; y a-t-il eu procidence, circulaires?

Nous ne voyons pas comment ni pourquoi la version par manœuvres externes aurait produit ces hémorragies méningées et ventriculaires ayant entraîné la mort du fœtus et nous incriminerions plus volontiers l'état de mort apparente dont la cause nous échappe, il est vrai, mais qui cependant a été constatée.

On sait, en effet, que chez les enfants nés en état de mort apparente, qu'elle devienne réelle immédiatement après ou dans les quelques jours qui suivent la naissance, on trouve à l'autopsie des hémorragies viscérales surtout du côté des centres nerveux.

Ces lésions ne sont en somme que des phénomènes asphyxiques, signalés dans tous les traités de médecine légale et nullement dues au traumatisme, traumatisme d'ailleurs inconcevable dans la version externe.

Nous avons encore une autre raison pour entraîner notre conviction sur la cause de la mort de cet enfant ; c'est son âge, six mois, c'est son poids, 1.250 grammes. Combien fragiles sont les vaisseaux chez un fœtus de six mois !

Combien fréquentes les morts survenant dans les quelques heures ou les quelques jours qui suivent l'accou-

chement, même après « une naissance spontanée et facile » (1).

L'enfant dont nous analysons la naissance et la mort était évidemment un débile ; il avait souffert pendant le travail, conditions amplement suffisantes pour expliquer les lésions.

De plus, circonstance qui peut avoir eu une certaine influence sur la vitalité du fœtus, le placenta était inséré sur le segment inférieur de l'utérus et avait subi un commencement de décollement ayant produit pendant les quatre jours précédant l'accouchement, des hémorragies peu abondantes.

Nous pouvons nous tromper, cependant il nous semble que la cause de la mort de cet enfant doit être attribuée plutôt aux phénomènes asphyxiques qui l'expliquent, qu'à la version par manœuvres externes dont nous ne saisissons pas, dans ce cas, le mode d'action nuisible.

OBSERVATION VI

(Bonnaire. Thèse Delacour, p. 85.)

Dans cette observation il n'est nullement question de version par manœuvres externes.

Il s'agit d'un sommet mobile au détroit supérieur que l'on a fixé à l'aide d'une ceinture abdominale.

L'enfant meurt « in utero » quelques jours après.

C'est la dernière observation publiée pour démontrer

1. Couvelaire. *Bull. Société Obst. Gyn. et Pæd. de Paris*, janvier 1907.

les dangers que peut présenter la version et les accidents qui l'ont parfois suivie. (Delacour, p. 10.)

Tels sont les principaux reproches adressés à la version par manœuvres externes appliquée à la présentation du siège.

On a prétendu qu'elle pouvait produire la déflexion de la tête, or, le professeur Pinard écrit dans son traité (p. 284, 2e édit.): « Je dois déclarer que je n'ai jamais vu la déflexion de l'extrémité céphalique se produire. »

D'ailleurs cette déflexion qui peut être évitée comme nous le verrons au chapitre *Manuel opératoire*, n'a jamais été relatée dans une observation.

Si nous récapitulons les preuves fournies à l'appui des dangers que peut faire courir la version par manœuvres externes, nous voyons que depuis 1807 époque à laquelle Wigand indiqua cette opération, jusqu'à nos jours, c'est-à-dire depuis plus de cent ans, on ne peut réunir que quelques observations : celles que nous venons d'analyser et qui peuvent se résumer ainsi :

Dans quatre d'entre elles la version a été rendue difficile ou impossible par des circulaires du cordon.

Dans la première l'opérateur s'est arrêté prudemment en présence des difficultés éprouvées, et a obtenu un enfant vivant.

Dans la seconde après une tentative infructueuse de version céphalique, la version pelvienne est facilement exécutée, l'enfant est mort présentant trois circulaires très serrés.

Dans la troisième, la version, tentée une fois est reconnue impossible, malgré de *fortes pressions*, la tête est

maintenue de force dans la fosse iliaque à l'aide d'un bandage. Sept jours après, la tête se présente au détroit supérieur, mais l'enfant est mort.

Dans la quatrième l'enfant est né en état de mort apparente, mais a pu être animé, malgré un véritable acharnement de l'opérateur à pratiquer quand même la version.

La cinquième concerne un prématuré mort trente-six heures après la naissance.

Enfin M. Doléris a publié une observation dans laquelle les manœuvres de version semblent avoir provoqué les contractions utérines et occasionné un accouchement prématuré qui s'est cependant terminé heureusement pour la mère et pour l'enfant.

Quelle conclusion tirer de ce résumé ? Qu'il faut reconnaître que la brièveté du cordon peut opposer un obstacle sérieux à l'évolution du fœtus, et qu'il ressort de l'étude des quatre premières observations cet enseignement que l'opérateur doit toujours avoir présent à l'esprit la recommandation de Wigand de ne *jamais employer la force*, qu'il doit se pénétrer de cette idée qu'au cas où il éprouverait des « difficultés réelles » il ne doit jamais y répondre par de « fortes pressions ».

L'observation V ne comporte aucun enseignement relatif à la version par manœuvres externes. L'observation de M. Doléris nous fournit un argument en faveur de la nécessité de reporter le moment de l'intervention le plus près possible du terme de la grossesse toutes les fois que des circonstances spéciales n'indiquent pas l'urgence de l'intervention.

Quant aux autres dangers, la rupture utérine en particulier, aucun cas n'a été publié.

Il nous reste maintenant à étudier l'opportunité de la version par manœuvres externes chez les multipares.

L'utilité ou non de l'intervention découle tout naturellement du parallèle établi entre le pronostic de la présentation du siège et celui de la présentation du sommet.

Si actuellement les auteurs sont d'accord pour reconnaître que la présentation céphalique fléchie est la plus favorable pour la mère et pour l'enfant, il n'en a pas toujours été ainsi.

Hippocrate n'admet qu'une présentation naturelle : le sommet. Ambroise Paré est moins pessimiste : « Or, dit-il, l'enfantement naturel est, quand la tête vient la première et suit les eaux, l'autre qui est moins bon et facile est quand il vient les pieds devant : tous les autres sont très difficiles. »

Guillemeau, Louise Bourgeois, Mauriceau, Peu rangent la présentation du siège parmi les accouchements contre nature.

Portal partage l'opinion de ses prédécesseurs et contemporains, quant à la présentation mode des pieds ; en ce qui concerne celle des fesses, il dit : « Pour l'ordinaire, cet accouchement est long et néanmoins il est presque aussi facile que le naturel ; ce qui fait dire aux sages-femmes un commun proverbe que là où le cul passe la tête y peut bien passer. »

Lamotte va plus loin et dans certaines circonstances préfère l'accouchement par les pieds à celui par la tête.

Deventer, Rœderer, Smellie sont unanimes pour regarder cet accouchement comme difficile et contre nature.

Levret et Baudelocque reconnaissent que les dangers courus par l'enfant sont plus grands que dans l'accouchement par le sommet.

Mme Lachapelle va nous fournir des données précises pour établir une comparaison entre les deux présentations; elle arrive aux résultats suivants :

Mortalité fœtale :

Dans la présentation du sommet 1/30.

Dans la présentation du siège 1/7.

Elle conclut : « On ne peut donc se dissimuler que les positions (présentations) pelviennes ne soient très fâcheuses pour le fœtus. »

Tout en ne partageant pas les craintes exagérées d'Hippocrate, les auteurs qui succédèrent à Mme Lachapelle reconnaissent que la présentation de l'extrémité pelvienne est moins favorable pour la femme et pour le fœtus.

Il semblerait qu'après tant d'avis conformes la question devait être jugée. Pourtant, à l'exemple de Delamotte, Petit entre autres, s'il faut en croire Gardien qui est, lui, d'opinion opposée, Petit croit que l'accouchement par le siège offre encore cet avantage, que si l'enfant tarde trop à sortir on peut agir sur le tronc tandis qu'on manque de moyens simples pour agir sur la tête, pour en opérer la sortie lorsqu'elle est trop lente (1).

Hubert fils considère l'accouchement par le siège comme normal.

Parmi les auteurs contemporains français nous citerons Guéniot et Charpentier.

---

1. Gardien, t. II, p. 325.

Selon Guéniot (1) « la présentation pelvienne conduite par un accoucheur éclairé ne fait pas courir de risques même aux enfants ».

Il ne peut admettre le chiffre de mortalité fœtale indiqué par Dubois et s'écrie : « Eh bien ! je le répète, pour qu'une telle mortalité se produise il me paraît nécessaire d'admettre qu'elle est le résultat d'une pratique inexpérimentée (2). »

Charpentier est aussi affirmatif ; critiquant la version par manœuvres externes il dit : « Absolument inutile chez les multipares, où l'accouchement par l'extrémité pelvienne ne présente pas plus de difficultés que l'accouchement par le sommet (3). »

Comme Guéniot, il attribue la mortalité fœtale à l'impéritie de l'accoucheur. Dans leur pratique personnelle cette mortalité était réduite à zéro.

Tout récemment, dans sa thèse, Delacour émet la même opinion : « D'autre part, dit-il, les dangers que fait courir à l'enfant la présentation du siège, lui sont rarement funestes : lorsque la mère placée dans de bonnes conditions reçoit au cours de l'accouchement des soins de personnes expérimentées (IV, p. 36).

Recherchons si le pronostic de la présentation du siège est devenu aussi bénin que le prétendent ces divers auteurs.

Mme Lachapelle accusait une mortalité de 14,28 0/0 ; 1/7.

Paul Dubois la réduisait à 9 0/0 ; 1/11.

Nous ne tiendrons pas compte des statistiques de Hegar,

1. *Soc. obs. et gyn. de Paris*, 1888, p. 211.
2. *Id.* p. 244.
3. *Soc. obst. gyn.* Paris, p. 213, 1888.

Hecker et Churchill qui arrivent à un chiffre oscillant entre 22 0/0 et 35 0/0.

Ce taux est évidemment exagéré et résulte probablement d'un manque d'élimination.

En 1886, M. Porak, répondant à l'invitation de la Société obstétricale de Paris, présentait une statistique donnant une mortalité fœtale de 11 0/0 pour les enfants nés en présentation du siège.

Cette statistique qui porte sur plus de 6.000 accouchements et comprend les enfants d'un poids au-dessus de 1.500 grammes n'est pas concluante, car on y rencontre des cas de rétrécissement du bassin, des applications de forceps sur le siège et l'emploi du seigle ergoté. D'autre part, la limite inférieure du poids du fœtus est trop basse.

Dans la même séance Pajot produisait une statistique dont nous parlerons plus loin, portant sur 364 cas avec une mortalité non expurgée de 17,9 0/0.

En 1903, Queirel dans le *Marseille médical* (1903, p. 65) arrive à une mortalité de 31, 9 0/0.

Ces chiffres ne peuvent être comparés.

Pour nous faire une opinion, nous préférons nous en rapporter aux chiffres fournis par les statistiques successives recueillies dans le service de M. le professeur Pinard.

De 1882 à 1888, à la Maternité de Lariboisière, sur 293 femmes qui ont accouché en présentation du siège on compte : 73 enfants morts dont 33 macérés.

En ne tenant compte que des cas où l'enfant était vivant au début du travail, il reste 260 accouchements par le siège avec : 40 enfants morts soit 15,38 0/0 de mortalité fœtale.

Prenons séparément les primipares et les multipares :

Primipares dont l'enfant était vivant au début du travail : 103 enfants morts : 11 = 10,67 0/0.

Multipares dont l'enfant était vivant au début du travail : 157 ; enfants morts : 29 = 18,47 0/0.

Ces chiffres diffèrent de ceux indiqués par M. Pinard dans le *Traité du Palper* ; nous avons éliminé les cas où le fœtus était macéré, pour calculer le pourcentage ; c'est d'ailleurs la seule élimination qui ait été faite.

La statistique de Mantel ne porte que sur la variété mode des fesses.

Dans sa statistique, Néret ne considérant que les femmes à bassin normal dont les fœtus étaient vivants au début du travail et pesaient au moins 2.500 grammes arrive aux résultats suivants :

Primipares.....	7· o/o	de mort. fœtale
Multipares.....	12, 3 o/o	» »

En prenant les enfants de tout poids on obtiendrait :

185 primipares.....	13,9 o/o
167 multipares.....	20,9 o/o
Et une mortalité globale.	17,29 o/o

Esquirol obtient le pourcentage suivant:

Primipares.....	7,88 o/o
Multipares.....	11,27 o/o

La mortalité fœtale dans la présentation du siège est donc fort élevée si on la compare à celle de la présentation du sommet : 1,38 0/0 d'après Bataillard (1).

1. Thèse de Paris. 1888.

Sifflet (1) fournit également une statistique de la présentation du sommet, au point de vue du pronostic ; n'ayant écarté que les cas de malformation congénitale, le chiffre de la mortalité est de 2, 98 0/0).

Ces chiffres nous paraissent encore trop élevés. Sans doute des causes de mortalité étrangères au mécanisme de l'accouchement sont venues assombrir le pronostic de la présentation du siège.

En effet, Cocagne, dans sa thèse soutenue en 1895 à l'inspiration de Varnier, publie une statistique de présentation du siège établie d'après les registres de la Clinique Baudelocque, dans laquelle il a écarté toute cause pouvant être incriminée d'avoir rendu l'accouchement laborieux ou d'avoir diminué le vitalité du fœtus. La mortalité globale n'est que de 3,57 0/0. Il est regrettable que Cocagne n'ait pas établi séparément le pourcentage de mortalité fœtale chez les primipares et chez les multipares ; on aurait trouvé là un enseignement plus probant.

Ces chiffres nous conduisent à cette conclusion : Le pronostic fœtal de la présentation du siège est plus grave que celui de l'extrémité céphalique (2).

---

1. Thèse de Paris, 1895.

2. Nous n'avons envisagé le pronostic des présentations pelviennes qu'au point de vue du fœtus ; relativement à la mère il est admis que la durée totale du travail est généralement un peu plus longue, que l'on observe plus souvent des déchirures du périnée, surtout dans la variété des fesses, que la femme est plus exposée à l'infection. Actuellement lorsqu'on applique strictement les règles de conduite énoncées dans tous les traités d'obstétrique, on peut considérer la mortalité et la morbidité maternelles comme égales dans les deux présentations.

Elle nous paraît suffisante pour légitimer l'intervention dans toutes les présentations du siège. Loin d'être inutile cette intervention est au contraire bienfaisante et nous estimons que le praticien qui négligerait de la tenter serait blâmable.

C'est pourquoi nous ne comprenons pas que la Société obstétricale et gynécologique ait condamné cette opération.

Pajot n'apporte aucune observation soit personnelle, soit empruntée sur laquelle il puisse baser son réquisitoire ; après avoir lancé son anathème, il se contente de dire : « C'est du moins l'impression qui se dégage de mon expérience personnelle. » (P. 210.)

Olivier objecte : « M. Pajot prétend que chez les primipares la version par manœuvres externes est dangereuse ; mais sur quoi se base-t-il pour dire cela ? A-t-on publié des cas de rupture utérine au cours de la manœuvre, de décollement du placenta, etc... ? Non, du moins je n'en connais pas. » (P. 217.)

Pajot se borne à répondre : « On objecte qu'il n'est pas arrivé d'accidents ! Mais faut-il attendre qu'ils se soient produits ? »

La suite de la discussion fut renvoyée à la séance suivante, afin de produire les statistiques permettant de porter un jugement fondé sur des documents probants.

On aurait pu s'attendre à voir au cours de cette nouvelle séance la Société d'Obstétrique proclamer l'utilité de la version externe appliquée à la correction des présentations du siège.

M. Porak apportait une statistique des présentations du

siège de laquelle il ressort que la mortalité fœtale (11 0/0) l'emporte de beaucoup sur celle qui assombrit la présentation du sommet.

Pajot présentait les chiffres suivants (p. 248) :

Du 15 novembre 1876 au 15 novembre 1886 il y a eu 364 présentations pelviennes à la clinique : 150 chez des primipares, 215 chez des multipares. Chez les premières il y a eu 19 enfants morts et 12 macérés ; chez les secondes 38 morts et 34 macérés. Pajot « ayant reçu ces notes le matin n'avait pas eu le temps d'établir le pourcentage ». Nous allons le faire.

Nous ne tenons pas compte bien entendu des fœtus macérés.

138 primipares...	19 enfants morts...	13,76 o/o
180 multipares...	38 —	21 o/o
Si l'on prend les deux en bloc on arrive à		17,9 o/o

Aucune preuve n'avait été donnée des dangers reprochés à l'opération. MM. Doléris, Porak, Olivier avaient pratiqué des versions chez des multipares et chez des primipares, sans qu'il soit survenu de complications. La gravité du pronostic de la présentation du siège venait d'être établie d'une manière éclatante, chiffres en main. Aucune de ces raisons ne modifia les idées de l'assemblée, et l'adoption de la version par manœuvres externes fut repoussée.

Rejetée à Strasbourg (1), rejetée à Nancy (2), rejetée à

---

1. Herrgott. « Lettre sur la réduction de la version céphalique opérée à travers les parois abdominales ». *Gaz. Méd.*, 1855.

2. Herrgott. *Dict. Jaccoud.*

Montpellier par *Grynfeltt* en 1882, et enfin rejetée à Paris comme nous venons de le voir, la version par manœuvres externes appliquée à la transformation des présentations pelviennes devait, semble-t-il, disparaître. Son utilité chaque jour reconnue devait triompher dans la lutte entreprise contre elle par des détracteurs n'obéissant qu'à des idées préconçues.

Il suffit d'ailleurs pour se faire une idée de l'état d'esprit des adversaires de cette méthode de prendre connaissance des extraits de Grynfeltt qui vont suivre :

« Par conséquent, avec M. Hubert (de Louvain) et la presque totalité des accoucheurs, pour ne pas dire tous, je suis en droit de considérer la *version céphalique par manœuvres externes*, sinon comme irrationnelle du moins comme peu pratique dans la plupart des cas de présentation pelvienne. »

Grynfeltt ne nous dit pas pourquoi son opinion est telle, mais il s'empresse d'ajouter : « *J'avoue du reste ne l'avoir jamais essayée et être peu disposé à y recourir pour les cas ordinaires* » ; et il réserve son emploi aux seuls cas de rétrécissement du bassin parce que la craniotomie et la céphalotripsie sur la tête dernière sont très difficiles.

Ainsi on condamnait la version par manœuvres externes sans l'essayer ! Pourquoi ? Le cadre de notre étude ne comporte pas pareilles recherches.

De l'exposé que nous venons de faire, nous nous croyons autorisés à conclure que le pronostic de la présentation du siège s'est évidemment amélioré et que nous sommes loin du *Partus Agrippinus*. Mais il n'en demeure pas moins certain que malgré la connaissance plus parfaite du méca-

nisme de l'accouchement, malgré le perfectionnement de la technique obstétricale, malgré l'antisepsie et l'asepsie, les risques que l'on fait courir à la mère et au fœtus dans l'extraction du siège sont beaucoup plus grands que ceux qu'ils courent dans l'évolution de la présentation du sommet.

L'opération proposée pour transformer une présentation du siège en une présentation du sommet étant d'une innocuité presque absolue, son échec n'apportant aucune modification à l'état primitif, nous ne voyons aucune raison de ne pas tenter loyalement, comme le dit Varnier, la version par manœuvres externes qui ne peut qu'accroître les chances d'une heureuse délivrance pour la mère et le produit de la conception.

Nous croyons avoir démontré la légitimité de la pratique de la version par manœuvres externes, pour transformer la présentation du siège en une présentation du sommet, de pronostic plus bénin comme il ressort des statistiques des différents auteurs.

Nous avons examiné successivement les arguments fournis contre cette opération et nous avons montré leur faiblesse et leur insuffisance. Aux considérations théoriques, nous avons opposé des faits et des chiffres.

Parmi les adversaires irréductibles de la version externe trois ont présenté des statistiques personnelles :

Pajot dans un calcul global arrive à une mortalité non expurgée de 17 0/0, chiffre trop élevé sans doute. Charpentier indique une mort sur 25 cas, ce qui donne 4 0/0. Guéniot dans sa pratique personnelle accuse une mort sur 24 cas, ce qui donne 4,16 0/0 et encore faut-il remarquer qu'il élimine un cas de mort sous prétexte que la femme est

accouchée sans aucune assistance. En comptant cette mort on arriverait à 8 0/0. Ces chiffres sont supérieurs à celui de Cocagne : 3,57 0/0.

Jusqu'ici nous avons envisagé le pronostic de la présentation du siège en général pour mettre en relief la nécessité qu'il y a de la corriger.

Nous nous permettons maintenant d'attirer l'attention sur la différence du pourcentage des morts dans la présentation du siège suivant qu'il s'agit de primipares ou de multipares. Nous reproduisons dans ce but les statistiques de MM. Pajot, Pinard, Néret, Esquirol et Mantel, bien que ce dernier ait borné son travail à la seule variété mode des fesses :

	Primipares	Multipares
	—	—
Pajot.....	13,76	21
Pinard	10,67	18,47
Néret	7	12,3
Esquirol.....	7,88	11,27
Mantel	5,55	10,71 (mode des fesses)

Toutes ces statistiques accusent une mortalité bien plus élevée chez les multipares que chez les primipares. Il s'ensuit que chez les premières aussi bien que chez les dernières la version par manœuvres externes s'impose pour transformer la présentation du siège en présentation du sommet : elle n'est pas *inutile chez les multipares*.

Il nous reste à examiner la valeur d'un dernier grief fait à la version externe : « Pendant la grossesse, dit Tarnier, alors que les parois de la matrice se laissent facilement

déprimer, on peut aisément changer une présentation vicieuse par les pressions qu'on exerce sur les parties fœtales, mais ces manœuvres sont impuissantes à tenir en place la nouvelle présentation (1). »

Il faut, d'après lui, comme l'avait déjà indiqué Wigand, que les contractions utérines soient établies et régulières sans quoi « on a beau donner à l'enfant telle bonne position que l'on voudra à l'aide de manœuvres externes, il en reprendra une mauvaise aussitôt qu'on les aura suspendues » (2).

Dangereuse ou impossible pendant le travail, inefficace au cours de la grossesse, la version n'avait aucune raison d'être et aurait dû disparaître de la pratique obstétricale. Sa vulgarisation universelle a fait justice de ces affirmations purement gratuites.

Il est bien certain que la mauvaise présentation peut se reproduire, il ne vient à personne l'idée de le contester. Mais la récidive n'est pas fatale et quand bien même on ne posséderait pas de moyen de la rendre moins fréquente, serait-ce une raison pour faire fi d'une opération qui peut réussir dans quelques cas?

Il ne nous est pas possible d'estimer la fréquence de cette récidive, car actuellement l'emploi de la ceinture ou du moins d'un bandage contentif est général ; toutefois nous ne pouvons pas partager l'opinion de Mattéi suivant lequel « la récidive est exceptionnelle même sans l'emploi de la ceinture » (3).

---

1. *Atlas de Lenoir.*
2. *Id.*
3. *Palper abdominal*, p. 127.

De l'avis de M. Nivert « la présentation nouvelle se maintiendra dans la grande majorité des cas ; si par hasard elle ne se maintenait pas, on serait quitte pour la recommencer au début du travail » (1).

M. le professeur Pinard ne partage pas cette manière de voir et préconise l'emploi de la ceinture. Cette façon d'agir est évidemment plus prudente et doit être suivie.

Nous reviendrons ultérieurement sur la possibilité de reproduction de la présentation vicieuse et nous nous contenterons de dire ici que cet inconvénient évitable dans la grande majorité des cas si l'on fait usage de la ceinture ne constitue pas, à notre avis, une raison suffisante pour rejeter la version externe (2).

C. — Insertion basse du placenta

« La version par manœuvres externes n'est que l'un des stades du traitement du *placenta prævia* », dit Auvard dans sa thèse d'agrégation.

---

1. Thèse, p. 75.

2. On a également préconisé l'emploi de manœuvres externes pour obtenir la flexion de la tête lorsqu'elle se présente au détroit supérieur. Parmi les procédés indiqués, les uns constituent des manœuvres purement externes (Schatz, Welponer, Dumas), les autres des manœuvres mixtes (Pinard). Dans tous les cas ni les unes ni les autres ne constituent à proprement parler une version, aussi nous contentons-nous de les signaler. Voir : Pinard. *Palper*, 2e édit. (appendice). — Dumas. « De la version en général etc. » , *Montpellier Médical*, 1886. — Tarnier et Chantreuil. I, p. 716.

En effet, lorsque le diagnostic d'insertion basse est porté ou que cette anomalie s'est manifestée par l'une de ses complications et en particulier par l'hémorragie, l'indication formelle pour l'accoucheur est d'assurer tout d'abord une présentation longitudinale quel que soit le traitement qu'il veuille instituer ultérieurement.

Les présentations anormales trouvent l'une de leurs principales causes dans la présence du placenta sur le segment inférieur. Neret lui attribue 80 0/0 des cas de présentation du siège. Tous les auteurs signalent la même cause comme pouvant, bien que moins fréquemment il est vrai, faciliter la présentation de l'épaule. Son action s'exerce surtout au moment du travail, la présence du gâteau placentaire empêchant l'engagement et favorisant le glissement de la tête fœtale vers l'une des fosses illiaques.

C'est dire la préoccupation constante que doit avoir l'accoucheur de maintenir, au moment de l'intervention, la tête d'aplomb au niveau de l'aire du détroit supérieur.

Les auteurs sont d'accord quant à la conduite à tenir en face d'une présentation de l'épaule, mais dès qu'il s'agit d'une présentation du siège, les avis se partagent.

La tête appuyant sur le segment inférieur comprime le placenta et arrête souvent l'hémorragie : si celle-ci persiste, une application de forceps permet d'extraire rapidement le fœtus et de réaliser ainsi la condition essentielle du traitement de l'hémorragie due à cette cause : vider l'utérus.

On objecte à cette conduite que s'il est facile de rompre les membranes au début du travail et même avant, il n'est pas aussi commode de pratiquer une application de

forceps, cette opération nécessitant la dilatation complète. Aussi certains praticiens préfèrent-ils suivre le conseil de Rœderer, c'est-à-dire abaisser un ou les deux pieds à la vulve et laisser l'accouchement suivre son cours. Les fesses, puis le tronc du fœtus jouent successivement le rôle de tampon direct en comprimant le placenta sur sa base d'insertion, en même temps qu'ils agissent sur le segment inférieur et l'orifice utérin qui se dilatent ainsi progressivement.

On intervient alors pour l'extraction de la tête dernière avec d'assez grandes chances de réussite.

Ces deux conduites sont défendables, mais il n'entre pas dans notre sujet d'en entreprendre la discussion. Nous nous bornons à signaler l'insertion basse du placenta comme une indication formelle de la version par manœuvres externes.

Comme l'enseigne M. le professeur Pinard, il faut avant tout s'assurer d'une présentation longitudinale. Sommet ou siège ? Celle des deux extrémités fœtales qui pourra être amenée le plus rapidement possible, car le cas est pressant, il n'y a pas à temporiser, deux vies dépendant de la rapidité de l'intervention, et toutes les ressources de l'art doivent être mises en œuvre pour les conserver.

Nous avons en vue, bien entendu, les cas heureusement assez rares où le placenta prœvia occasionne des hémorragies graves, car on sait que de tous les accidents qu'occasionne cette insertion vicieuse, l'hémorragie est un des moins fréquents.

La version par manœuvres externes s'imposera souvent dans l'insertion basse du placenta, d'une manière indirecte,

c'est-à-dire qu'elle sera pratiquée à l'occasion d'une mauvaise présentation trouvant justement sa cause dans la présence du gâteau placentaire sur le segment inférieur.

Au nombre des accidents occasionnés par le placenta prœvia, il faut signaler la rupture prématurée des membranes qui peut, dans certains cas, coïncider avec une présentation anormale. Quelle devra être la conduite à tenir en cette occurence? Devra-t-on s'abstenir de toute tentative de version externe? Nous reviendrons sur cette question en étudiant au chapitre « Manuel opératoire » le temps d'élection et les conditions de l'opération. Contentons-nous de dire pour le moment que l'intégrité de l'œuf, considérée comme une condition nécessaire par beaucoup d'auteurs, ne nous paraît pas de rigueur et que l'écoulement d'une partie de liquide amniotique ne semble pas devoir contre-indiquer d'une façon absolue la version par manœuvres externes.

Nombre de fois cette opération a réussi alors que la poche des eaux était rompue (Nivert et autres) ; à plus forte raison elle présentera des chances de succès, si elle est tentée à un moment où les contractions utérines ne sont pas encore éveillées comme dans la rupture prématurée des membranes.

Si l'insertion basse du placenta a été signalée comme une contre-indication de la version externe, c'est que ce chapitre de la dystocie, si magistralement exposé par M. le professeur Pinard, était mal connu. On ignorait, pour ainsi dire, tout sauf l'hémorragie contre laquelle on luttait mal, pour cette raison qu'on en ignorait les causes.

Aujourd'hui que le mécanisme de cet accident est connu,

on sait comment lutter contre ses dangers et la version par manœuvres externes, jadis déconseillée en pareil cas, trouve une indication formelle dans l'insertion basse du placenta.

Autres indications

La version par manœuvres externes franchement admise dans la présentation de l'épaule, généralement conseillée dans la présentation du siège et l'insertion basse du placenta, trouve son indication dans d'autres conditions qu'il est de notre devoir d'indiquer.

a). — Viciations pelviennes

Nous n'avons pas l'intention de reprendre ici la discussion mainte fois agitée des avantages comparatifs de la version interne et du forceps dans les rétrécissements du bassin.

Cette question, jadis si controversée, voit diminuer chaque jour sa raison d'être et ne présentera plus bientôt qu'un intérêt historique. Grâce au continuel perfectionnement de la thérapeutique des angusties pelviennes, les arguments en faveur de la version interne et du forceps perdent de leur valeur.

La symphyséotomie modifia tout d'abord l'opinion des accoucheurs. Cette opération, d'exécution facile, relativement bénigne pour la mère, a réduit considérablement le taux de la mortalité fœtale en ce sens que par elle on évitait de mettre au monde des enfants incomplètement

développés, voués à un avenir incertain ou de sacrifier des fœtus pleins de vie par des manœuvres fœticides, avouées ou déguisées.

C'était, il faut le reconnaître, un grand progrès, mais ce n'était pourtant pas encore l'idéal, et à l'heure actuelle, la symphyséotomie semble céder le pas à la césarienne conservatrice dont la technique opératoire s'est si grandement perfectionnée et qui deviendra, sans doute, l'intervention de choix dans les rétrécissements infranchissables du bassin.

Nous n'en sommes pas encore là et il nous paraît utile d'indiquer les ressources offertes par la version par manœuvres externes dans les cas de rétrécissement du bassin.

En présence d'un rétrécissement du bassin, il est impossible de poser un pronostic certain, les procédés de mensuration du bassin et de la tête fœtale donnant des résultats insuffisants. Le problème comporte des données inaccessibles à nos moyens d'exploration obstétricale,

Le retour à la symphyséotomie en a fourni de multiples preuves. Combien de femmes, en effet, sont accouchées spontanément qui semblaient devoir subir l'opération de Sigault !

En présence de cette impossibilité de prévoir, même approximativement, comment s'effectuera l'accouchement dans les cas de viciations pelviennes, il est nécessaire de tenter, par tous les moyens, de placer la mère et le fœtus dans les conditions les plus favorables à l'intervention éventuelle.

De la nature de cette intervention dépendra la conduite préalable.

Dans les rétrécissements moyens du bassin, qui permettent d'espérer un accouchement spontané, la présentation de l'épaule doit être transformée.

Les partisans, il y en a encore, du forceps au détroit supérieur feront la version céphalique ; ceux qui préfèrent l'extraction de la tête dernière amèneront le siège au niveau de l'aire du détroit supérieur, évitant-ainsi la version par manœuvres internes plus difficile, plus dangereuse et toujours pénible.

Il ne faut cependant pas perdre de vue cette considération que souvent, très souvent même, dans ces cas, le forceps devient céphalotribe, et que malgré la technique la plus parfaite, malgré la plus grande habileté, l'exécution des manœuvres de Mauriceau et de Champetier de Ribes ne parvient à faire passer la tête à travers le rétrécissement, qu'au prix d'une réduction toujours nuisible et souvent fatale au fœtus.

En résumé, l'indication de la version par manœuvres externes dans les cas de rétrécissement du bassin s'impose par ce fait qu'il faut toujours obtenir une présentation longitudinale, le sommet de préférence, et attendre prudemment les progrès du travail, en surveillant constamment l'utérus et le fœtus.

Dans les rétrécissements très prononcés, infranchissables, la version doit être faite, si l'on se décide à recourir à la symphyséotomie. Si, au contraire, on doit pratiquer une césarienne, il est clair qu'il n'est nullement besoin de modifier l'attitude du fœtus.

Parmi les viciations pelviennes il en existe une dans laquelle la version externe pourrait être utile : le bassin oblique ovalaire de Nægele. On sait, en effet, que dans ces cas, l'accouchement est d'autant plus facile que l'occiput du fœtus se trouve en rapport avec le côté large du bassin. Pour que l'accoucheur puisse orienter la tête à son gré, la présentation du siège est la meilleure de toutes. (Tarnier-Bonnaire, III, p. 311.) En pratiquant par manœuvres externes une version sur le siège, l'occiput pourra se trouver bien dirigé ; dans le cas contraire, après le dégagement du tronc, par une manœuvre simple on oriente la tête dans la bonne direction et on procède à son extraction, lorsqu'elle est possible.

b). — **Hydrocéphalie**

L'hydrocéphalie était considérée par Wigand, comme une contre-indication de la version par manœuvres externes ; les auteurs qui lui ont succédé n'ont fait que reproduire son opinion. De nos jours on tend au contraire à la ranger parmi les indications. Delacour (Thèse de Paris 1905) se prononce nettement dans ce sens.

On connaît la fréquence des présentations du siège dans les cas d'hydrocéphalie. Les extrémités fœtales ayant leurs proportions renversées, l'accommodation se trouve changée, et la tête, devenue le pôle le plus volumineux, se loge naturellement au fond de l'utérus.

Faut-il dans cette occurrence pratiquer la version par manœuvres externes ? Nous ne le croyons pas. D'abord l'opé-

ration est difficile, souvent même impossible. Les difficultés croissent avec le volume de la tête.

L'accouchement par le siège s'effectue normalement jusqu'aux épaules sans que la mère courre de dangers. La gravité de la situation apparaît avec l'accouchement de la tête. Si cette dernière n'est que peu augmentée de volume, l'extraction en est encore possible, mais si la quantité de liquide est considérable le sacrifice du fœtus s'impose.

Nous n'ignorons pas combien il est pénible pour le praticien de se voir réduit à semblable extrémité, mais dans ce cas particulier, il faut bien se dire que l'être voué à la mutilation est déjà malade et destiné à traîner une existence misérable s'il ne succombe pas dans les quelques heures ou les quelques jours qui suivent sa naissance, comme c'est la règle. D'autre part, en égard aux risques qu'il fait courir à la mère, l'hésitation n'est pas permise.

Si nous ne voyons pas la nécessité de pratiquer la version externe lorsque la tête hypertrophiée est au fond de l'utérus, nous sommes d'avis qu'on peut la tenter, sans trop insister cependant, lorsqu'elle se présente au détroit supérieur.

Les dangers menaçant la mère sont ici imminents, dès les premières contractions utérines l'organe maternel peut se rompre; si l'intervention tarde, le segment inférieur va se déchirer. Cette intervention ne peut être autre que la perforation du crâne qui doit être pratiquée dès que le col devient perméable. Attendre la dilatation de l'orifice utérin serait s'exposer à un désastre.

En l'absence de la poche des eaux, la tête devient l'agent

de la dilatation. Or une tête perforée remplit mal ce rôle, sa forme irrégulière et changeante, son manque de consistance font qu'au lieu de se comporter à l'égard de l'utérus comme un coin, c'est elle qui subit l'action de cet organe. Elle se laisse mouler, façonner et l'accouchement traîne en longueur. Pour en finir, une nouvelle intervention s'impose. Il ne faut pas songer au forceps ; l'enfant étant mort, c'est au basiotribe qu'on a recours.

Grâce à cet instrument on pratique une opération, dont le pronostic est excellent sans doute, mais à laquelle on peut reprocher d'être trop émotionnante pour les assistants lorsqu'on est réduit, comme cela arrive très souvent au médecin de campagne, à se faire aider par l'entourage de la parturiente.

L'écoulement de la bouillie cérébrale mélangée de sang, l'aspect de cette tête écrasée, difforme, les yeux projectés hors des orbites, le trou béant produit par le perforateur, laissent aux profanes une impression pénible et ineffaçable.

Si, au contraire, l'accouchement a lieu par le siège, la voie est toute préparée et l'extraction de la tête dernière n'offre aucune difficulté grâce au procédé si simple imaginé par Van-Huevel et Tarnier.

Cette conduite présente de plus cet avantage moral, que la mutilation étant facile à dissimuler, le praticien n'est pas obligé de cacher aussi scrupuleusement le produit de son intervention.

Pour ces raisons, nous estimons que dans les cas d'hydrocéphalie, il n'est pas utile de transformer une présentation du siège en sommet et que la version par manœuvres

externes doit être tentée, mais avec la plus grande prudence et sans insister lorsque c'est la tête qui se présente.

c). — Procidence du cordon

Wigand, le premier, signala la procidence du cordon comme une contre-indication à la version par manœuvres externes. Dans une observation qu'il donne au début de son Mémoire (p. 3), il est question d'une multipare en travail, chez laquelle le toucher ne décelait aucune partie fœtale, mais seulement le cordon prolabé. Appelé dans ces conditions pour faire la version, il constate que la tête est engagée et s'abstient de toute intervention. Un quart d'heure après, la parturiente expulse un enfant mort.

Wigand explique l'accident de la façon suivante : « Il avait dû nécessairement se faire une version spontanée sur la tête, le cordon fortement prolabé avait dû être comprimé, ce qui avait causé la mort de l'enfant (p. 3). »

On ne peut s'étonner dans ces conditions de voir cet auteur écrire à la page 14 du Mémoire : « La première contre-indication de la version par manœuvres externes est la procidence du cordon. »

Telle est l'origine de cette contre-indication admise depuis cette époque par la pluralité des auteurs.

Il est permis de se demander si la manière de voir de Wigand n'est pas susceptible de critiques.

Considérons d'abord le cas où la procidence du cordon accompagne une présentation de l'épaule.

Le diagnostic de la procidence du cordon n'est guère

possible au cours de la grossesse ; il ne sera fait souvent qu'au cours du travail, voire même à une époque déjà avancée du travail. Il est bien évident que si, dans ce cas, on ramène, par manœuvres externes, la tête fœtale au détroit supérieur, il se produira nécessairement une compression du cordon qui sera fatale au fœtus. On aura reproduit artificiellement l'observation de Wigand. Mais il est permis de se demander quel résultat on obtiendrait si, au lieu de faire la réduction céphalique, on tentait la version pelvienne par manœuvres externes. Il pourrait se faire que la portion du cordon plongeant dans l'excavation soit entraînée pendant l'évolution du fœtus. L'accouchement par le siège est sans doute moins favorable que celui par le sommet, mais entre les dangers de la procidence du cordon et ceux de l'accouchement par l'extrémité pelvienne, l'écart est trop grand pour que l'on puisse hésiter (1).

Si la procidence venait à se reproduire, on pourrait toujours essayer de la réduire par les moyens habituels.

La conduite classique en pareil cas est indiquée par Wigand lui-même : « Mon expérience m'a donné la conviction la plus intime que, dans tous les cas où le cordon se présente et fait saillie à travers l'orifice, il est *urgent de pratiquer immédiatement la version* (interne) que les douleurs soient régulières ou non et quand bien même la tête se présente dans la position la plus favorable et que l'accou-

---

1. Nous avons donné les chiffres de mortalité fœtale dans la présentation du siège ; ceux de la procidence du cordon varient entre 92,8 o/o (Stoltz), 25 o/o (Varnier). Perrossier indique dans sa thèse 51,9 o/o pour les primipares, et 31,9 o/o pour les multipares.

cheur sait appliquer le forceps avec la plus grande dextérité. » (P. 14.)

Or, en pratiquant la version par manœuvres externes, on évite l'introduction de la main dans la cavité utérine, on peut agir immédiatement sans attendre la dilatation suffisante. Dans le cas où la procidence ne disparaît pas, la compression de la tige funiculaire par le siège et par le tronc est bien moins considérable que celle exercée par la tête.

Il nous semblerait donc assez logique de tenter la version par manœuvres externes dans la procidence du cordon accompagnant une présentation de l'épaule, non pas sur la tête (réduction de Mattéi) mais sur le siège.

Nous sommes convaincu que cette manœuvre inoffensive réalisera quelquefois la réduction du cordon.

Si la procidence accompagne une présentation de siège, le cas est moins grave. Le siège se trouvant engagé dans l'excavation en même temps que le cordon, la compression est bien moins considérable que dans les circonstances où c'est la tête qui exerce la pression. L'obturation des vaisseaux est moins complète, et même il peut arriver que la tige funiculaire ne soit pas comprimée, si elle se loge entre les membres du fœtus.

Pour ce qui est de la compression du cordon, au moment de l'engagement et de l'expulsion de la tête dernière, elle existe dans tous les accouchements par le siège.

La conduite à tenir dans ces cas est discutable. Nous pensons qu'il vaut mieux laisser les choses en l'état, d'autres préféreront peut-être essayer la version pour tenter de faire disparaître la procidence.

Dans les cas de procidence irréductible du cordon coïncidant avec une présentation du sommet, il est de règle d'introduire la main dans l'utérus pour pratiquer la version par manœuvres internes, c'est d'ailleurs la conduite conseillée par Wigand.

Ne pourrait-on pas, dans ce cas, avant d'arriver à la version interne, essayer l'externe ?

On ferait une version pelvienne et l'on aurait un accouchement spontané par le siège. La pratique de la version interne ressemble quelque peu à l'accouchement forcé car si l'on attend que les conditions nécessaires à l'exécution de l'opération soient réunies, on risque que le secours arrive trop tard.

En résumé, nous pensons que la version par manœuvres externes pourrait souvent rendre des services dans les cas de procidence du cordon. Pratiquée avec précaution, sans force, et sans insister si l'on rencontre quelque résistance, elle ne peut jamais provoquer d'accidents. Si elle échoue, on aura toujours la ressource de faire la version par manœuvres internes.

Bien entendu, nous n'avons en vue que les cas où la réduction de la procidence ne réussit pas, car, à notre avis, la réduction manuelle doit toujours être tentée et elle réussira souvent.

CHAPITRE IV

Contre-indications

Lorsque chez une femme enceinte dont la grossesse a évolué normalement et dont l'état général ne présente aucune altération grave, on vient à diagnostiquer par l'exploration externe une présentation de l'épaule ou une présentation du siège, on doit dès que le moment propice est arrivé, tout mettre en œuvre pour transformer cette présentation.

Le travail fût-il commencé et même avancé que la même conduite s'imposerait car la version par manœuvres externes réussit *quelquefois* après la rupture de la poche des eaux ; Wigand l'a pratiquée alors qu'un bras était déjà prolabé (p. 15) et Varnier l'a vu faire et l'a faite avec succès à la dilatation complète (p. 52). Des observations ont été publiées où la version réussit vingt-quatre heures et plus après la rupture des membranes.

Les contre-indications à la version externe formulées par Wigand ont été trop facilement acceptées ; presque tous les auteurs les ont reproduites dans leurs travaux pour ainsi dire stéréotypées.

M. le professeur Pinard déjà, dans la première édi-

tion du *Traité de Palper*, les a réduites à une seule ; le défaut de mobilité empêchant la mutation (p. 206).

Pour qu'il y ait véritablement contre-indication, il faut que des circonstances particulières imposent l'abstention. Or, jamais dans le cas qui nous occupe ces circonstances ne se réalisent, si ce n'est toutefois dans la grossesse gémellaire, car nous pensons avec Varnier que « l'impossibilité de faire évoluer le fœtus ne peut nous apparaître qu'après plusieurs essais loyaux restés infructueux » (p.58).

Ce sont les difficultés éprouvées pendant l'exécution de l'opération qui arrêtent l'opérateur prudent mais avant ces essais infructueux rien ne l'oblige à rester inactif ni à recourir à un autre moyen thérapeutique.

C'est-à-dire que, dans les conditions que nous avons exposées en tête de ce chapitre, on doit toujours recourir à la version par manœuvres externes, insister même avec prudence, et surtout savoir s'arrêter.

A la lecture des auteurs on trouve un nombre trop grand de contre-indications car on confond souvent difficulté et contre-indication. Nous allons analyser quelques-unes de ces contre-indications.

a) **Procidence du cordon**. — Contrairement aux auteurs qui nous ont précédé dans l'étude de cette opération, nous avons placé la procidence du cordon dans le chapitre des indications. Nous avons déjà exposé les raisons qui nous semblent justifier cette modification.

Wigand considérait la procidence du cordon comme une contre-indication absolue à la version par manœuvres externes, Schrœder, résumant l'opinion des auteurs qui l'ont suivi, estime que lorsque la *présentation de l'épaule*

s'accompagne de procidence du cordon, « il vaut mieux laisser le cordon et l'enfant sans y toucher, puisque la tête déviée latéralement ne comprime pas le cordon (1).

Nous acceptons sans restriction l'opinion de ces auteurs et avec eux nous disons que la **version céphalique** est formellement contre-indiquée dans la **présentation de l'épaule** s'accompagnant de procidence du cordon, car ce serait courir au devant d'un désastre certain : la mort du fœtus.

Ces deux auteurs conseillent dans ce cas la version podalique interne ; nous cessons d'être de leur opinion. A notre avis, la version par manœuvres externes doit être tentée, non pas la *version céphalique*, — la seule dont ils se sont occupés, — qui n'aboutirait qu'à avancer la mort du fœtus, mais la *version externe pelvienne* qui pourrait provoquer la réduction de la procidence et qui, en tout cas, éloignerait la tête fœtale de l'entrée du bassin, évitant ainsi le coincement du cordon et permettant d'attendre une dilatation suffisante pour pratiquer l'extraction du fœtus.

Le conseil donné par Schrœder de « laisser le cordon et l'enfant sans y toucher » et de pratiquer la version interne lorsque la dilatation de l'orifice utérin le permet nous paraît risqué. La tête, tant qu'elle reste dans la fosse iliaque, ne comprime pas le cordon, c'est vrai, mais elle distend le segment inférieur et la rupture utérine pourrait bien se produire. Nous répétons encore que la réduction manuelle du cordon ne doit pas être négligée.

b) **La mort du fœtus** est généralement considérée comme une autre contre-indication.

---

1. *Manuel des Accouchements*, p. 296.

Deux cas doivent être envisagés :

1° Le fœtus est mort depuis assez longtemps, il a perdu presque sa forme et n'obéira pas aux pressions exercées pour le faire évoluer. La version perd ses droits ; il n'y a aucun intérêt ni pour la mère ni pour son enfant à la pratiquer. La conduite dans ce cas doit être l'expectation armée. S'il s'agit d'une présentation de l'épaule, l'accouchement pourra se terminer par l'évolution spontanée, ce qui est rare, sinon on devra pratiquer l'embryotomie ; si le siège se présente, l'accouchement spontané s'effectuera ; s'il traîne en longueur et que les tentatives d'extraction de la tête restent vaines on aura recours à la basiotripsie su la tête dernière.

2° Le fœtus meurt pendant le travail ou peu avant son début. Dans ce cas l'exécution de la version n'est nullement contrariée par le défaut de consistance du fœtus et n'offre pas plus de difficultés que pendant la vie du produit de la conception.

Lorsque l'épaule se présente, il est de règle de pratiquer l'embryotomie ; c'est l'enseignement classique admis par tous les accoucheurs parce que telle est la conduite la plus bénigne pour la parturiente. Il peut arriver que le praticien se trouve pris au dépourvu, sans sa trousse, n'ayant sous la main aucun instrument lui permettant de sectionner ce fœtus se présentant par l'épaule. Il ne lui reste qu'une ressource : l'extraire par la version. Nous estimons qu'il doit essayer de ramener le siège au détroit supérieur en employant des manœuvres externes avant de se décider à aller chercher les pieds au fond de l'utérus.

Si c'est le siège qui se présente, la conduite la plus sage

est d'abandonner l'accouchement aux seules forces de la nature, si, bien entendu, rien n'indique une intervention dans le but de l'accélérer.

c) **L'engagement de la présentation de l'épaule** (*fœtus vivant*). — Cet engagement n'est possible qu'avec des fœtus très petits, à peine viables, à une phase avancée du travail. Même dans ces conditions, si la poche des eaux est intacte ou rompue depuis peu de temps, si l'utérus n'est pas contracturé, il est permis avant de recourir à la version interne d'essayer la version externe. Wigand, qui ne l'opérait que pendant le travail, l'a réussie alors qu'une main était hors de la vulve. On échouera souvent, mais ces tentatives n'ajouteront rien à la gravité du pronostic.

d) **L'engagement de la présentation du siège**. — Nous n'envisageons que l'engagement réel, bien constaté, ce qui ne peut avoir lieu que pendant le travail. Dans ces conditions la question de la version externe ne se pose même pas, l'indication n'existe plus.

Le pseudo-engagement pendant la grossesse ou au début du travail peut gêner la version externe, la rendre impossible même et nous nous en occuperons en traitant des difficultés de l'opération.

e) **Les monstruosités fœtales**. — A part l'hydrocéphalie dont nous avons parlé déjà, nous ne voyons aucun autre cas pouvant intéresser notre sujet. La plupart des auteurs citent les malformations fœtales comme une contre-indication de la version ; ils oublient malheureusement d'ajouter qu'à l'heure actuelle nous sommes la plupart du temps incapables de déceler ces monstruosités.

f) **La brièveté du cordon naturelle ou acquise**.

— Si on pouvait prévoir la brièveté du cordon, on aurait raison de s'abstenir de toute tentative de version, car les dangers pour le fœtus et même pour la mère sont grands. Cependant, il ne faut pas exagérer ; dans les quatre observations que nous avons analysées, deux fois le fœtus est né vivant, malgré des tentatives réitérées de version, l'opérateur ayant su s'arrêter prudemment. Dans l'observation de Budin en particulier, non seulement le cordon était raccourci, mais encore son insertion était vélamenteuse et l'accouchement s'effectua sans aucune complication. Dans les deux autres, il y avait deux ou trois circulaires très serrés et les tentatives furent poussées trop loin. L'existence de ces circulaires suffirait pour expliquer la mort du fœtus, même si la version n'avait pas été tentée.

g) **La rupture utérine** est d'après les auteurs une contre-indication absolue de la version par manœuvres externes.

De deux choses l'une. Ou bien le diagnostic de la rupture est fait, et, dans ce cas, aucun accoucheur tant soit peu instruit dans son art, ne songera à cette opération qui n'est d'aucun secours ; ou la rupture est méconnue et la version sera tentée au grand détriment de la mère.

Ce n'est pas à proprement parler une contre-indication car d'après Littré, contre-indication est « la circonstance qui empêche de faire ce que semblerait d'abord exiger la nature de la maladie ».

Dans le cas présent c'est contre la rupture utérine qu'il faut lutter ; elle devient le fait dominant, elle seule doit compter, et jamais la version par manœuvres externes n'a pu être préconisée comme traitement de ce grave accident

qui nécessite une intervention toute autre. A l'expectation ou à l'extraction par les voies naturelles a succédé l'intervention chirurgicale : la laparotomie qui réussit souvent et récemment MM. le professeur Pinard et Potocki ont bien prouvé qu'il ne faut jamais désespérer malgré les apparences les plus fâcheuses (1).

D'autres circonstances ont été signalées comme contre-indiquant la version par manœuvres externes : les malformations utérines, l'irrégularité des contractions, l'excès ou le défaut de liquide amniotique, etc.

Leur étude sera mieux placée au chapitre des difficultés de la version.

En résumé, de toutes les contre-indications formulées par les auteurs et que nous avons examinées jusqu'ici, une seule pourrait être retenue, si le diagnostic pouvait être fait au préalable : *la brièveté du cordon*. Malheureusement rien ne permet de la soupçonner et ce n'est qu'au cours de tentatives de version que l'on peut être conduit à y penser. Une tête qui se laisse mobiliser jusqu'à un certain point et qui, une fois abandonnée « remonte comme mue par un ressort » doit faire supposer qu'il existe une brièveté du cordon et par cela même arrêter toute manœuvre.

Il existe cependant, à notre avis, une contre-indication véritable à la version par manœuvres externes, nous voulons parler de la GROSSESSE GÉMELLAIRE.

Nous n'ignorons pas que l'opération a réussi deux ou

---

1. *Bulletin de la Société O. G. P.* 1904.

trois fois, Mais nous croyons prudent de s'abstenir en pareil cas.

En effet, que la grossesse soit univitelline ou bivitelline, on ne peut jamais prévoir ce qui va se passer dans cet utérus entre les deux fœtus ; ne va-t-on pas produire des nœuds, des entortillements des cordons ? ne provoquera-t-on pas la rupture prématurée de l'œuf ou de l'un des œufs ? Ne peut-on pas, en changeant les rapports naturels des fœtus, rendre dystocique un accouchement qui se serait accompli normalement ? Ces considérations et le fait que les jumeaux étant en général d'un poids inférieur à la moyenne, leur volume est moindre et l'accouchement le plus souvent facile, nous font penser que mieux vaut laisser la nature agir seule pour le premier accouchement. Mais pour le second, la version reprend ses droits et aussitôt l'expulsion du premier fœtus, l'accoucheur doit tenir la même conduite qu'en présence d'une grossesse simple.

Nous aurons terminé avec les contre-indications lorsque nous aurons signalé deux ordres de faits qui, à notre avis, doivent engager l'accoucheur à l'abstention. Chez certaines femmes on constate une tendance aux accouchements prématurés ou aux avortements : plusieurs grossesses successives sont interrompues à une époque plus ou moins éloignée du terme de la gestation sans que l'examen le plus sérieux, l'enquête la plus minutieuse ne permette de déceler la moindre cause pathogénique. Chez d'autres l'expulsion prématurée du fœtus peut reconnaître comme cause soit un état pathologique comme la syphilis, l'albuminurie, soit une malformation utérine, soit enfin une anomalie dans l'insertion du placenta, anomalie que l'on

peut constater chez la même femme à chacune de ses grossesses.

Evidemment la conduite la plus sage en pareil cas est de s'abstenir ou du moins de n'intervenir qu'à un moment assez rapproché du terme de la grossesse.

Est-il nécessaire de rappeler que dans toutes les affections abdominales, si fréquentes chez la femme, dans lesquelles le repos absolu est de rigueur, toute tentative de version doit être proscrite ?

CHAPITRE V

Difficultés

Comme corollaire au chapitre des contre-indications nous allons traiter maintenant des difficultés et des dangers de l'opération de Wigand.

Nous commencerons ce chapitre en indiquant une série de circonstances qui ont été signalées soit comme rendant difficile la version externe, soit comme la contre-indiquant.

La *tonicité exagérée* des parois abdominale et utérine, la *surcharge graisseuse* chez les obèses, l'*infiltration œdémateuse*, l'*ascite*, l'*hyperesthésie abdominale* sont souvent citées comme des difficultés. Ces états pathologiques, lorsqu'ils existent réellement, peuvent, en effet, rendre difficile la version, comme ils rendent difficile le diagnostic de l'attitude du fœtus par l'exploration externe. Mais ce sont là des cas exceptionnels.

Budin a signalé comme difficulté de la version une sensibilité spéciale, qu'il nomme *douleur ovarique*, que son élève Chaignot décrit ainsi : « Elle est nettement localisée, la pression en un point avec les extrémités de l'index et du médius en détermine l'apparition ; la pression sur les parties voisines n'est, au contraire, nullement pénible (1). »

1. Chaignot. Thèse de Paris, 1879.

Il était intéressant de signaler l'existence de cette *douleur ovarique* dépendant de l'état de grossesse, mais vouloir en faire une difficulté à l'exécution des manœuvres de version nous semble quelque peu exagéré.

La douleur est « nettement localisée » et la pression sur les parties voisines ne la réveille pas. Il suffit donc de placer les mains de telle sorte que la zone sensible soit respectée et la... difficulté sera vaincue.

Nous nous contentons de citer ces causes de difficultés qui sont rares.

Nous allons nous occuper maintenant de quelques causes de difficultés réelles et plus nettes.

a) **L'engagement de la présentation du siège pendant la grossesse.** — Nous avons dit que lorsque le siège est engagé et que le travail est commencé, l'opportunité de la version ne se pose plus. Il n'en est pas de même lorsque, pendant la grossesse, on a diagnostiqué une présentation du siège. Dans ce cas, on peut agir et changer la présentation.

Certains auteurs admettent l'engagement de la présentation du siège pendant la grossesse, d'autres la nient d'une manière absolue. Quoi qu'il en soit, on se trouvera souvent en face d'une *présentation franche* du siège, selon l'expression de M. le professeur Pinard et on éprouvera certaines difficultés de ce fait pour réussir une version externe, surtout chez des primipares.

M. le professeur Pinard relate sept observations de ce genre où la mobilité du fœtus ne put pas être obtenue.

C'est pour avoir raison de cette résistance à la mobilisation que Loviot préconisa d'anesthésier la femme jusqu'à

résolution complète, d'introduire une main dans le vagin et de repousser la présentation à travers le segment inférieur (1).

Varnier « voulant avoir le cœur net » a essayé cette manœuvre *sans anesthésie* et avoue que jamais il n'a pu réussir « là où les manœuvres externes bien faites avaient échoué (2) ».

Nous ne sommes pas partisan du chloroforme dans la pratique de la version par manœuvres externes, soit pour nous assurer la passivité de la femme, soit dans le cas actuel. L'opération n'est pas pénible, si l'on agit avec douceur et patience on finit par avoir raison de la résistance opposée par la femme qui, convaincue de leur innocuité pour elle, et de leur utilité pour son enfant, finira par se prêter de bonne grâce aux manœuvres nécessaires. Le chloroforme a pour nous un grand défaut : en abolissant la sensibilité, il prive l'accoucheur d'un signe précieux : la douleur lui indiquant que la difficulté devient impossibilité, c'est-à-dire que ses manœuvres peuvent devenir dangereuses.

Si l'on tient absolument à employer la manœuvre conseillée par Loviot, et que M. le professeur Pinard avait déjà pratiquée à Lariboisière (3), ne pourrait-on pas substituer le chlorure d'éthyle au chloroforme ?

L'insensibilité produite par cet anesthésique est passa-

---

1. Loviot. *Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1887, et Thèse de Corriez, Paris, 1888.

2. *Pratique journalière*, p. 89.

3. *Palper*, p. 309.

gère, mais elle est grandement suffisante pour permettre l'introduction de la main dans le vagin.

L'engagement ou le pseudo-engagement du siège peut donc offrir de véritables difficultés à la version par manœuvres externes.

La difficulté que nous venons d'étudier provient de l'impossibilité de mobilisation du pôle fœtal ; la présentation du siège peut encore ne pas pouvoir être transformée en sommet par l'impossibilité de l'évolution du fœtus. Ceci se voit dans la variété décomplétée mode des fesses, dans laquelle les membres inférieurs, relevés le long de la face ventrale du fœtus, « comme de véritables attelles » (Tarnier) empêchent toute flexion et transforment, pour ainsi dire, le fœtus en un bloc rigide.

Grynfeltt (1) croit qu'il ne faut pas beaucoup compter sur le succès de la version externe dans la présentation du siège « car, dit-il, à un moment donné, en pareils cas, le grand axe du fœtus doit venir passer les divers diamètres transversaux de la cavité utérine, et la chose peut n'être pas toujours possible ».

C'est l'argument que Pajot rééditera devant la Société obstétricale en 1886 : « Le malheur est que, chez les primipares, elle est difficile, souvent impossible, presque toujours dangereuse. Comment en serait-il autrement? *Il faut faire passer le diamètre longitudinal du fœtus par le diamètre transversal de la matrice.* Et si l'on avait le malheur de rompre l'utérus ! »

---

1. Grynfeltt. *Quelques réflexions sur la version par manœuvres externes.* Montpellier, 1882, p. 12.

Nous nous empressons de dire que jusqu'à ce jour ce malheur n'est pas encore arrivé.

L'argument de ces deux auteurs, en apparence sérieux, ne supporte pas l'analyse.

En effet, si utérus et fœtus étaient rigides, la chose serait impossible, mais le corps du fœtus est malléable, flexible, donc réductible ; la paroi utérine de son côté se laisse distendre dans de certaines limites et ses diamètres ne sont pas immuables. En dehors de la contraction, l'utérus, qui n'est qu'un sac membraneux et souple, se prête facilement à l'évolution du fœtus. Ce qu'il perd en hauteur est gagné en largeur.

D'ailleurs, pourquoi ne pourrait-on pas réaliser artificiellement ce qui se fait assez souvent spontanément ?

La version spontanée n'est pas une rareté et tous les accoucheurs connaissent les mutations de présentations.

Dans la version artificielle on a encore l'avantage de pouvoir diminuer la longueur de l'axe du fœtus en exagérant sa flexion par le rapprochement forcé des deux pôles fœtaux.

Voulant voir dans la coïncidence de ces deux diamètres si dissemblables une source de dangers, on oublie que cette coïncidence a lieu également dans la version interne, avec la circonstance aggravante de la présence du bras de l'opérateur dans la cavité utérine et cependant il n'est venu à l'idée de personne de déconseiller cette opération.

Dans la variété décomplétée mode des fesses, nous l'avons déjà dit, le flexion du tronc fœtal est rendue difficile ; elle peut même être impossible : on comprend que dans ce cas

l'évolution peut devenir très pénible et même échouer, surtout chez les primipares, car la paroi utérine, malgré sa souplesse, ne se distendra pas suffisamment pour permettre la mutation.

Ce défaut de flexion du fœtus rendant difficile ou impossible son évolution peut être causé par la présence d'une tumeur ou toute autre lésion, ainsi que le démontre une observation de M. Doléris : un kyste séreux de la région cervicale maintenait la tête en extension et a rendu l'évolution complète impossible. (Thèse Lanchamp.)

b) **Malformation utérine**. — Herrgott considère la présentation vicieuse comme une conséqnence de la forme anormale de la matrice (thèse, Strasbourg, 1839). Cazeaux partage cette opinion.

Dans ces conditions, on aura beau déplacer le fœtus, une fois abandonné, il reprendra son attitude primitive imposée par la forme anormale de l'utérus.

A partir de cette époque, tous les auteurs signalent la malformation utérine comme une contre-indication de la version.

Polaillon publie une observation, devenue classique, dans laquelle un éperon médian empêcha l'évolution du fœtus.

Doléris publie dans la thèse de Lanchamp trois observations dans lesquelles la malformation utérine a rendu impossible ou difficile la version externe.

Il est donc évident qu'une malformation utérine peut être cause d'insuccès de la version externe, mais il y a loin de là à affirmer qu'elle constitue une contre-indication.

Si Polaillon et Doléris se sont trouvés en présence de malformations rendant impossible la transformation de la présentation vicieuse, M. le professeur Pinard, au contraire, a vu ses efforts couronnés de succès dans des cas semblables : « J'ai eu, dit-il, depuis, l'occasion d'observer cinq cas où la malformation était très nette et assez accusée, ainsi que le démontra l'examen des membranes après la délivrance, et non seulement dans quatre de ces cas je pus transformer une présentation de l'épaule en présentation du sommet, mais encore dans le cinquième j'ai pu transformer une présentation du siège en présentation du sommet (1). »

Ceci suffit pour démontrer qu'il n'est pas possible de présumer du succès de la version dans un cas de malformation utérine, à moins, bien entendu, que cette malformation ne soit tellement accentuée que l'impossibilité soit manifeste.

Dans tous les autres cas, on doit tenter la version par manœuvres externes et il serait peut-être utile de l'entreprendre à un moment éloigné du terme afin de profiter de la plus grande mobilité du fœtus.

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une malformation utérine, nous signalerons ici une source possible de difficultés provenant de l'utérus. Nous voulons parler de l'**hystéropexie**.

MM. les professeurs Pinard et Segond ont communiqué à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie un cas intéressant : il s'agit d'une fixation de la corne

---

1. *Palper*, p. 307.

gauche de l'utérus au niveau de la région sus-pubienne.

Postérieurement, la femme chez laquelle fut pratiquée cette opération eut cinq grossesses terminées, les trois premières par des accouchements à terme, les deux autres par des avortements ; elle est enceinte pour la sixième fois et son enfant se présente par l'épaule. Plusieurs tentatives de version externe restent infructueuses et, au moment du travail, dans la crainte d'une rupture utérine, le professeur Segond pratique l'hystérectomie.

Déjà en 1899, M. le professeur Pinard avait pu réunir six observations de grossesses consécutives à l'hystéropexie et quatre fois il avait constaté des présentations de l'épaule.

La fixation de l'utérus à la paroi abdominale peut donc être considérée comme capable d'entraîner des présentations vicieuses et de rendre difficile ou impossible la version par manœuvres externes.

c) **Excès et défaut de liquide amniotique**. — 1° *Excès de liquide*. — Si la version par manœuvres externes est facilement réalisable dans un utérus contenant une quantité normale de liquide amniotique, son excès ou son défaut peuvent devenir une cause de difficultés.

Si l'hydramnios est considérable, l'attitude du fœtus est difficile à déterminer, on peut même dire qu'il n'y a pas de présentation.

Essayer la version dans de telles circonstances serait inutile, le fœtus ne conserverait pas la position qu'on lui donnerait.

Ritgen (cité par Herrgott) faisait la ponction de l'œuf pour ramener l'utérus à sa forme ovoïde et obtenait ainsi

une présentation favorable. A l'en croire « ses essais à la Maternité de Giessen ont eu pour effet d'y rendre inutile toute version par manœuvre externe ou interne ».

La conduite de Ritgen est à conseiller au début du travail : l'écoulement insensible du liquide amniotique permet à l'utérus distendu de reprendre sa forme ordinaire, le fœtus est obligé d'accommoder sa forme et son volume aux nouvelles conditions. Pendant ce temps, l'accoucheur doit le surveiller et le guider, car il est à craindre que, s'il se produisait un éclatement brusque de l'œuf, il ne soit surpris dans une attitude vicieuse.

2° *Défaut de liquide.* — Delacour, dans sa thèse, réunit dans le même paragraphe l'*oligo-amnios* et la rupture des membranes, il nous semble, au contraire, qu'on doit les séparer et étudier à part le défaut de liquide amniotique pathologique — l'*oligo-amnios* — et la rupture de l'œuf entraînant une diminution du liquide primitivement normal.

Dans le cas d'*oligo-amnios*, la mobilité du fœtus est souvent nulle, il est étroitement enserré dans la cavité utérine et aucun effort ne parviendrait à modifier son attitude. C'est dans ces circonstances que l'on peut éprouver des difficultés insurmontables, même en ayant recours à l'anesthésie.

M. le professeur Pinard cite, dans son *Traité du Palper*, quatre observations qui, à notre avis, doivent être classées sous cettre rubrique..

A la naissance, ces quatre enfants, qui n'avaient pas pu être mobilisés dans l'utérus, présentaient des attitudes vicieuses : trois, une flexion latérale de la tête sur l'é-

paule ; la région de la face présentait une dépression marquée au niveau du bord inférieur du maxillaire ; chez le quatrième, il y avait renversement du pied en dehors (1).

Ce sont là les déformations habituelles : l'encoche sous-maxillaire due à la pression de l'épaule et les faux pieds-bots disparaissent plus ou moins rapidement après la naissance.

La rupture prématurée des membranes peut être une cause de difficultés de la version externe, mais ces difficultés sont peu souvent insurmontables, car il reste toujours un peu de liquide pour lubréfier la cavité amniotique et permettre l'évolution du fœtus. Cependant, si cette rupture s'est produite longtemps avant le moment où l'on constate la présentation que l'on veut transformer, il peut se faire que l'utérus, revenant sur lui-même, ait imposé au fœtus une attitude pour ainsi dire fixe et on éprouvera des difficultés sérieuses et même invincibles surtout si le travail est commencé.

On a pu faire la version externe vingt-quatre heures et plus après la rupture des membranes, ce qui prouve qu'elle doit toujours être tentée avec prudence, mais il est plus avantageux à tous les points de vue de faire ces tentatives le plus près possible du moment où l'écoulement des eaux a eu lieu.

d) **Contractions utérines**. — Wigand exigeait pour la réussite de la version externe « la persistance des douleurs et des contractions utérines, qui ne doivent être ni trop faibles, ni irrégulières, ni spasmodiques. » (P. 12.)

---

1. Pinard. *Palper*, p. 306-307.

Actuellement on préfère, avec raison, leur absence car, même normales, elles peuvent empêcher l'opération et, à plus forte raison, lorsqu'elles sont intenses et rapprochées.

Pour éviter cette difficulté, il suffit de suivre le sage conseil de M. le professeur Pinard et de pratiquer la version pendant la grossesse, non pas à partir du sixième mois, comme le voulait Mattéi, mais à une époque plus rapprochée du terme de la grossesse.

On ne peut cependant pas toujours choisir son heure et quelquefois ce n'est qu'après le début du travail que l'on sera appelé à effectuer cette opération.

Les conditions sont moins favorables sans doute, mais « cette opération peut et doit être tentée dans tous les cas où la mobilité du fœtus existe, surtout si l'enfant se présente par l'épaule. » (Pinard.)

Tous les auteurs signalent la TÉTANISATION de l'utérus comme une contre-indication de la version.

Lorsque cette tétanisation existe, il ne faut même pas songer à percevoir les parties fœtales à travers les parois abdominale et utérine.

Evidemment la version externe est impossible dans ces conditions ; quand même elle serait indiquée, on doit y renoncer.

e) **Fibromes**. — Les fibromes utérins peuvent être cause de véritables dystocies au moment de l'accouchement et amener des complications sérieuses pendant la gestation. Nous n'avons à considérer ici que leur influence sur la version externe.

On sait combien sont fréquentes les présentations vicieuses dues à l'existence de fibromes utérins.

Dans 50 0/0 des cas de grossesse coexistant avec des tumeurs fibreuses, Lefour a constaté des présentations du siège ou de l'épaule : autant d'indications de la version par manœuvres externes. Si la tumeur est située vers le fond de l'utérus, elle n'a généralement pas d'influence fâcheuse sur la marche du travail, mais elle peut entraver, rendre impossible même la transformation de la présentation. Un fibrome assez volumineux change la forme de la cavité utérine et peut dans certains cas imposer au fœtus une attitude telle, que son déplacement devienne impossible.

Si le fibrome occupe le segment inférieur, l'accouchement est souvent dystocique, et on éprouve quelquefois des difficultés pour maintenir la tête au niveau du détroit supérieur.

Dans ce dernier cas, on assiste quelquefois à l'*ascension des fibromes* et l'accouchement se fait facilement. Or, d'après Tarnier, la présentation du siège favoriserait cette *ascension* et on peut se demander s'il n'y a pas lieu de faire une exception aux indications de la version et s'abstenir lorsque le siège se présente. Tarnier a publié une observation dans laquelle la version a été rendue difficile par la présence d'un fibrome : A la quatrième ou cinquième reprise la tête est amenée au détroit supérieur et fixée par une ceinture de Pinard. Elle remonte au fond de l'utérus. Tarnier pratique une nouvelle version qui réussit, mais craignant que les difficultés éprouvées dépendent d'une brièveté du cordon, il termine l'accouchement par une version interne. C'était en réalité un fibrome situé sur la face postérieure de l'utérus qui en était la cause.

CHAPITRE VI

Dangers

On s'est plu à faire une série de suppositions plus ou moins plausibles pour attribuer à l'opération de Wigand des méfaits dont elle n'était pas coupable mais dont elle aurait pu devenir la cause.

Malgré tout, la version s'est vulgarisée ; actuellement tous les accoucheurs la pratiquent et on attend toujours la confirmation clinique des accusations portées contre elle.

C'est la meilleure preuve de son innocuité et de son efficacité.

On lui a reproché d'être capable d'occasionner la transformation d'une présentation du siège, dont le pronostic n'est en somme pas trop sombre, en une présentation de l'épaule irréductible. Aucun fait n'est venu confirmer cette accusation.

« Et si l'on avait le malheur de rompre l'utérus! » s'écriait Pajot. — Jamais la rupture utérine n'a été signalée comme conséquence de tentatives de version externe et pourtant qui pourrait dire combien de fois les limites de la prudence ont été dépassées !

La rupture prématurée des membranes serait également une conséquence possible des manœuvres externes. Loviot

publie dans la thèse de son élève Corriez (1888) une observation que nous allons résumer : Multipare. Présentation de siège engagé S. I. G. A. Version externe. Reproduction de la présentation. Tentative de version sans succès. Chloroforme. Réussite.

« Quelques jours après », rupture des membranes. Sept heures après Loviot constate une présentation du siège engagé. Le travail n'est pas commencé. Chloroforme, nouvelle version difficile. Deux jours après accouchement spontané en O. I. G. A.

« L'examen de l'arrière-faix permet d'établir une insertion vicieuse sur le segment inférieur. »

Peut-on réellement incriminer la version dans ce cas?

Dans l'observation de M. Doléris, le travail débute presque immédiatement (1).

Il n'est pas impossible que, en voulant pratiquer une version, on provoque la rupture de l'œuf et, consécutivement, un accouchement prématuré. La connaissance de ce fait doit nous servir de guide ; il nous montre en effet que les tentatives de version ne doivent être entreprises que le plus près possible du terme afin de permettre au fœtus de se développer plus complètement.

Le décollement du placenta serait aussi un méfait de la version externe. A l'appui de cette accusation, il existe une seule observation que nous avons déjà analysée en partie ; c'est l'observation de Lefour. Nous avons montré combien imprudente avait été la conduite tenue : plusieurs tentatives de version, malgré des difficultés grandes chez

1. Thèse Lanchamp, obs. VII.

une femme ayant eu antérieurement deux avortements sanglants.

Le 4 janvier, deux heures après les dernières tentatives de version, une hémorragie se déclare et s'arrête presque spontanément, et la grossesse évolue et atteint son terme sans encombre.

L'accouchement a lieu spontanément le 1er février, le fœtus pèse 4 kgr.100.

« Le cordon, dit Lefour, du volume moyen, avait 70 centimètres de longueur, son insertion placentaire était marginale à 5 centimètres de l'orifice. »

Comme dans l'observation de Loviot citée plus haut à propos de la rupture prématurée des membranes, nous nous trouvons ici en présence d'un fait embarrassant. Quelle part revient, dans l'une comme dans l'autre de ces deux observations, à la version et à l'insertion vicieuse? Problème complexe que nous posons sans pouvoir le résoudre.

D'après certains auteurs, au cours de la version par manœuvres externes, deux autres dangers menacent le fœtus.

Lorsqu'il existe des circulaires du cordon, le fœtus est doublement en danger quand on pratique la version : sa vie est menacée par le décollement du placenta et par le resserrement des circulaires.

Nous avons vu qu'une seule observation avait été publiée constatant le décollement du placenta et dans ce cas il n'existait pas de circulaires du cordon mais l'insertion était vicieuse. Quant à celles concernant les circulaires, toutes les fois que l'opérateur a su s'arrêter prudemment, le fœtus est né vivant ; par contre, la mort du fœtus a été

la conséquence de l'obstination à vouloir quand même réussir.

Ne pourrions-nous pas rappeler ici les paroles si justes du professeur Dumas, de Montpellier : « la version ne peut devenir dangereuse qu'entre des mains brutales qui voudraient s'obstiner à la réaliser quand même, malgré la présence d'obstacles qui doivent y faire renoncer (1). »

L'autre danger dont nous avons déjà eu à nous occuper, a été signalé plus récemment. Il s'agit de lésions hémorragiques au niveau de l'encéphale constatées à l'autopsie d'un fœtus de six mois, né en état de mort apparente.

Nous ne pouvons pas accepter cette nouvelle accusation et avons donné les raisons de notre opinion (p. 56).

A tous ces griefs on en a ajouté un dernier : on a accusé la version par manœuvres externes de rendre les suites de couches pathologiques ! (Société obstétricale et gynécologique de Paris, 1886.)

---

1. De la version en général, etc.. *Montpellier médical*, 1886, p. 407.

CHAPITRE VII

Manuel opératoire

Nous avons indiqué dans l'historique différents moyens imaginés par les accoucheurs pour transformer les présentations vicieuses ; ces procédés insuffisants sont disparus de la pratique obstétricale cédant le pas à l'opération de Wigand qui est aujourd'hui universellement acceptée.

Pour effectuer son opération, Wigand attendait que le travail soit établi et les contractions utérines bien suivies, car il considérait comme « une règle inviolable de ne jamais entreprendre aucune opération obstétricale, pas même l'opération césarienne, sans le concours certain et régulier de la matrice » (p. 12).

Avant d'arriver aux manœuvres proprement dites, il essayait de déplacer le fœtus par l'attitude donnée à la femme ; il favorisait, le plus souvent, les résultats de cette attitude par l'interposition de coussins sur lesquels venait s'appuyer la région du ventre correspondant à la partie fœtale qu'on voulait mobiliser. Ce n'est qu'après l'échec de ces moyens que Wigand entreprenait la version par manœuvres externes proprement dite, il appuyait une main sur chaque pôle fœtal en exerçant des pressions simultanées et inverses en ayant soin « d'agir plus forte-

ment *un instant avant et pendant* les douleurs, car c'est là le principal moment où la matrice peut venir en aide à l'accoucheur dans son opération... pour faire descendre dans le détroit supérieur la partie fœtale qui est la plus rapprochée de l'orifice ».

Aussitôt ce résultat obtenu, on rompait la poche des eaux, sauf lorsque l'on constatait que l'engagement se faisait progressivement ; on devait alors respecter l'intégrité des membranes.

Telle était, résumée, la pratique de l'inventeur de la version externe.

Mattéi modifia quelque peu la technique, précisa le diagnostic de la présentation et, surtout, étendit son indication à la présentation du siège.

Mais c'est à M. le professeur Pinard que revient le mérite d'avoir, en établissant des règles méthodiques de l'exploration externe, porté d'emblée à la perfection la technique de cette opération, si fructueuse en résultats heureux.

Nous ne ferons qu'indiquer sommairement les différents temps de la version si nettement décrits dans le *Traité du Palper*.

Position de la Femme. — Wigand opérait la femme étant debout, assise ou couchée; aujourd'hui le décubitus dorsal est seul employé.

La femme, ses réservoirs vidés, doit être couchée sur le dos, les membres inférieurs légèrement écartés, mais non fléchis, comme d'aucuns l'ont proposé, les bras le long du tronc. La résolution musculaire doit être complète. Dans deux cas de version impossible, Fruhinsholz s'est bien trouvé de placer la femme dans une position analogue à

celle de Trendelenbourg : la version s'est réalisée avec la plus grande facilité (1).

L'opérateur doit se placer à droite, si la tête est à gauche, à gauche si la tête est à droite, mais cette règle n'a rien d'absolu et tout accoucheur doit choisir la position dans laquelle il aura plus de commodité pour agir.

a) Présentation de l'épaule. — La tête fœtale est située dans l'une des fosses iliaques, le siège occupe l'hypocondre opposé.

On place une main sur la tête, l'autre sur le siège, on exerce une pression « lente et soutenue » (Pinard) et en sens inverse : on attire la tête, on pousse le siège. Dès qu'une contraction survient, on cesse toute pression en maintenant la position du fœtus. La contraction passée, on continue et, le plus souvent, on parvient ainsi à amener l'extrémité céphalique à l'entrée du bassin.

Pendant la grossesse, il est prudent, pour éviter la récidive, de fixer la tête à l'aide d'une ceinture ou d'un bandage ; pendant le travail on la maintiendra à l'aide des mains jusqu'à ce que l'engagement soit effectué.

Cette manœuvre réussit le plus souvent pendant la grossesse ; pendant le travail, lorsqu'on se trouve en présence d'une présentation de l'épaule *négligée*, le résultat est plus incertain surtout si l'œuf est rompu et les contractions violentes.

Nous avons vu que la présentation du siège pouvait se transformer spontanément soit par réduction, c'est-à-dire que sous l'influence des contractions utérines, la tête quit-

1. *Revue médicale de l'Est*, 1904, p. 238.

terait la fosse iliaque et viendrait se présenter au détroit supérieur, soit par version, la tête remontant vers le fond de l'utérus tandis que le siège descend.

La nature nous indique la conduite à tenir dans les cas où la manœuvre précédente ne réussit pas.

En tout cas, elle doit être tentée avec prudence.

Présentation du siège. — L'opération est moins simple dans la présentation du siège et est faite en deux *temps* qui consistent à *mobiliser* le fœtus et à le faire *évoluer*.

Premier temps : *Mobilisation.* — C'est dans l'exécution de ce premier temps que l'on rencontrera le plus de difficultés.

Dans les cas simples, la version s'exécute aisément surtout pendant la grossesse et chez les multipares : « La manœuvre est si rapide et si simple que souvent la mobilisation et l'évolution se confondent (1). »

Il suffit pour cela de se placer du côté de la femme vers lequel est tourné le dos du fœtus, de placer la main droite sur le pôle inférieur, la gauche sur la tête presque toujours facilement accessible au fond de l'utérus, et d'exercer une pression continue, sans abandonner la partie fœtale, attirant le siège, poussant la tête de manière à la ramener au détroit supérieur « par le plus court chemin » (Pinard).

Ce sont là des cas heureux ; il en est d'autres qui le sont moins.

Malgré les pressions soutenues exercées simultanément sur les deux pôles, le siège reste fixé à l'entrée du bassin ; si par une légère insistance, nous ne disons pas effort,

---

1. Varnier, p. 58.

on ne parvient pas à le déplacer, on abandonne momentanément la tête et à l'aide des deux mains on cherche à obtenir la mobilisation de la présentation. Pour ce faire, on plonge le plus loin possible dans la fosse iliaque les deux mains entre le bassin et la présentation et par de légers mouvements de flexion des doigts on cherche à l'énucléer « comme on fait pour creuser un trou dans le sable » (Varnier). Les doigts avancent progressivement et lorsqu'ils sont parvenus à se glisser sous le siège, on l'attire vers la fosse iliaque où on le maintient d'une main tandis que l'autre va reprendre la place abandonnée sur le pôle supérieur.

Cette manœuvre bi-manuelle réussit très souvent et, dans ce cas, il n'y a plus que l'évolution à faire, laquelle, sauf circonstances spéciales que nous avons indiquées, est facile et rapide.

Dans d'autres cas cependant, le siège ne se laisse pas déplacer.

Doit-on l'abandonner, y a-t-il autre chose à faire ?

M. le professeur Pinard a donné le conseil d'introduire un doigt ou deux, exceptionnellement toute la main, dans le vagin pour faire remonter vers l'entrée du bassin la présentation qui serait saisie et mobilisée par les mains de l'opérateur.

Comme nous l'avons déjà dit, ce procédé n'a jamais réussi à Varnier.

Par contre, Loviot affirme l'avoir mainte fois exécuté.

Il faut remarquer que ce dernier auteur emploie systématiquement l'anesthésie, jusqu'à résolution complète et que Varnier a toujours opéré sans l'aide du chloroforme.

C'est, ce nous semble, plus prudent de se contenter de l'introduction d'un ou deux doigts ce qui ne nécessite pas l'anesthésie et cela suffira le plus souvent pour obtenir tout ce qui est possible sans danger.

Ces difficultés se rencontrent lorsqu'il y a oligo-amnios, lorsque les manœuvres sont tentées pendant le travail et surtout chez les primipares ; elles imposent à l'accoucheur la plus grande prudence.

Deuxième temps : *Evolution.* — La mobilisation obtenue par l'un des moyens indiqués, on procède immédiatement à la mutation de la présentation, à la version proprement dite.

Il est rare que l'on rencontre des difficultés et, en général, comme le dit Varnier, l'évolution n'est qu'un jeu.

Elle peut cependant être gênée et même rendue impossible dans les cas de malformation utérine, utérus cloisonné, bicorne, etc., et par la brièveté du cordon.

C'est au cours de cette évolution que Grynfeltt, Pajot et d'autres auteurs craignaient la rupture utérine au moment où le grand axe du fœtus devrait passer par le plus petit diamètre de l'utérus. Nous nous sommes occupé de ce danger et ne voulons ici qu'indiquer le moyen d'obtenir une diminution sensible de l'axe longitudinal du fœtus : il suffit, tout en poussant les deux pôles en sens inverse, d'exercer une certaine pression de manière à les rapprocher, c'est-à-dire d'exagérer la flexion naturelle de la colonne vertébrale. Par la même occasion on maintient la tête fléchie jusqu'au terme de son parcours et on évite de transformer une présentation du siège en une présentation de l'extrémité céphalique défléchie.

Lorsqu'on éprouve trop de résistance à l'évolution du fœtus dans le sens de la flexion, on doit l'essayer dans le sens contraire comme le conseille M. le professeur Pinard (p. 284).

A quel moment doit-on entreprendre ces manœuvres? Il est difficile de se prononcer.

Wigand pratiquait la version pendant le travail, exceptionnellement pendant la grossesse ; Mattéi la conseille à partir du sixième mois, M. le professeur Pinard après huit mois de gestation.

C'est cette dernière opinion que nous ferons nôtre.

Le moment indiqué par Mattéi est vraiment exagéré ; attendre l'établissement du travail, comme Wigand, c'est risquer d'avoir à lutter contre des difficultés sérieuses.

On doit cependant tenir compte pour le choix du moment favorable à la version de la parité : chez les multipares, on pourra temporiser davantage, tandis que chez les primipares l'intervention doit être plus précoce.

Le moment d'élection de la version externe est donc le neuvième mois; on ne la pratiquera pendant le travail que par nécessité.

Mais, la version effectuée, il s'agit de maintenir la nouvelle présentation. Pour cela, si la version est faite pendant le travail, Wigand conseillait de rompre les membranes.

Pour contenir la présentation lorsque la version a été faite au cours de la grossesse, on a proposé différentes ceintures et bandages. Celle que M. le professeur Pinard à fait fabriquer et qui porte son nom est la plus commode et la plus efficace. On lui a fait maint reproche :

En général, les femmes la supportent bien, quelques-unes même se trouvent soulagées, car la ceinture de Pinard non seulement maintient la présentation, mais aussi remplit le même rôle des ceintures dites hypogastriques.

On peut trouver des femmes trop nerveuses qui se refuseront à la porter, c'est là une exception et, en général, la ceinture est bien tolérée, les femmes s'y habituant rapidement.

Quand bien même quelques femmes éprouveraient une certaine gêne, nous pensons qu'une fois instruites des immenses avantages qu'elles et leurs enfants peuvent retirer du port de cette ceinture, lorsqu'on aura mis en jeu l'amour maternel, toujours vivace, elles s'y résoudront vite.

Il ne faut pas, bien entendu, que la ceinture soit serrée outre mesure, elle doit être appliquée pour soutenir et non pour comprimer.

Pendant que la ceinture est appliquée et bien appliquée, la présentation peut se déplacer : on doit donc surveiller de près toute femme chez laquelle la version aura été faite pour la recommencer en cas de récidive.

Les observations sont nombreuses dans lesquelles ce n'est qu'au bout de trois, quatre versions et même plus, que le fœtus conserve l'attitude qu'on lui a donnée.

CONCLUSIONS

1° La version par manœuvres externes est une opération inoffensive, efficace et utile lorsqu'elle est pratiquée suivant les règles établies.

2° Grâce à la vulgarisation des principes du palper abdominal, grâce aussi au perfectionnement de l'enseignement obstétrical, le champ de ses indications, jadis limité à la présentation de l'épaule diagnostiquée au cours de la grossesse, s'est considérablement élargi.

3° Les difficultés qui peuvent gêner ou même entraver son exécution relèvent toutes du « défaut de mobilité empêchant la mutation » ; elles sont souvent impossibles à prévoir et ne se révèlent la plupart du temps qu'au cours même des tentatives de version.

4° Les dangers que fait courir la version par manœuvres externes ne sont pas sérieux si l'opérateur ne se départit jamais de la plus grande prudence, si surtout à de « réelles difficultés » il ne répond pas par de « fortes pressions ».

Vu : le Président de la thèse,
PINARD

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer.
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Traités généraux : *Velpeau*, 1835. — *Cazeaux*, 1840. — *Chailly Honoré*, 1842. — *Nœgele*, 1843. — *Jacquemier*, 1845. — *Joulin*, 1867. — *Tarnier*, 1er volume (palper), 1882 ; 4e volume (version), 1901. — *Charpentier*, 2e éd., 1889. — *Auvard*, 2e éd., 1892. — *Ribemont* et *Lepage*, 6e éd. — *Varnier*, Pratique journalière, 1900. — *Budin* et *Demelin*, 1904. — *Bar*. Pratique des accouchements, 1907.

Bataillard. — De l'accouchement dans les variétés postérieures de la présentation du sommet. Thèse de Paris, 1888.

Beiin. — De la version du fœtus par manœuvres externes. Thèse de Strasbourg, 1856.

— De la valeur du palper abdominal. Lille, 1866.

Bloc. — Présentation du siège décomplétée. Thèse de Paris, 1896-1897.

Clément (A.). — Des présentations vicieuses du fœtus et de la version par manœuvres externes. Thèse de Montpellier, 1863.

Cocagne. — Du pronostic dans la présentation du siège. Thèse de Paris, 1895, n° 357.

Congrès de Moscou, 1897. — Divers rapports, communications et discussions sur l'exploration externe.

Congrès médical international. Paris, 1867.

Corriez. — Version par manœuvres externes dans les présentations du siège engagé. Thèse de Paris, 1887-1888, n° 201.

Couvelaire. — Hémorragies du système nerveux central des nouveau-nés, dans leurs rapports avec la naissance prématurée et l'accouchement laborieux. Ann. Gynécologie, avril 1903, t. LIX, p. 253-268.

Degoul. — Version podalique partielle par manœuvres externes et internes combinées. Thèse de Paris, 1885.

Delatour. — Indications et contre-indications de la version par manœuvres externes. Thèse de Paris, 1905, n° 417.

Delpiano. — Contribution à l'étude des différentes malformations utérines. Thèse de Paris, 1899.

Depaul. — Traité de Clinique obstétricale, 1872.

Désormeaux et *Dubois.* — Dictionnaire en 30 vol. Article Version, t. XXX, p. 691.

Douglas. — Explication du véritable mécanisme de l'évolution spontanée. Londres, 1819.

Dubois. — Convient-il, dans les présentations vicieuses du fœtus, de revenir à la version sur la tête ? Paris, 1883.

Dubrisay. — Contribution à l'étude de la version dans les bassins rétrécis. Thèse de Paris, 1894.

Ducellier. — Version par manœuvres externes. Thèse de Paris, 1858.

Dufour. — Contribution à l'étude des présentations de l'épaule. Thèse de Paris, 1900, n° 567.

Dumas (Léon). — De la version en général et particulièrement de la version par manœuvres externes. Montpellier médical, 1886.

Esquirol. — Contribution à l'étude du pronostic de la présentation du siège. Son amélioration par la version interne. Thèse de Paris, 1905, n° 313.

Farabeuf et *Varnier.* — Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements. Paris.

Flamant. — Version céphalique. J. Complém. des Sciences médicales. t. XXX.

Fruhinsholz. — Sur une attitude de la femme propre à faciliter la version par manœuvres externes. Rev. méd. de l'Est. Nancy, 1904, XXXVI, p. 238-240.

Grynfeltt. — Quelques réflexions sur la version par manœuvres externes. Montpellier, 1882.

— Des obliquités de la matrice, leur influence pendant la grossesse et pendant le travail de l'enfantement. Montpellier médical, 1867.

Guillemot. — Sur l'évolution spontanée. Arch. génér. de méd., 2e série, t. II.

Herrgott. — Essai sur les différentes variétés de forme de la matrice pendant la gestation et l'accouchement. Thèse de Strasbourg, 1839.

— Lettre sur la réduction et la version céphalique opérée à travers les parois abdominales. Gaz. méd. Paris, 1855.

— Article version in Dictionnaire de Jaccoud, 1886.

Hubert (de Louvain). — De la version par manœuvres exter-

nes. Mém. de l'Acad. royale de Belgique, 1843, p. 109.

— De la version par manœuvres externes, du mécanisme des présentations naturelles et des présentations vicieuses du fœtus. Bruxelles, 1880.

Labat. — Version par manœuvres externes. Ann. de Gynécol., 1881, t. XV, p. 37.

Labbé. — De la version du fœtus dans l'accouchement. Thèse de Strasbourg, 1803.

Lanchamp. — Cont. à l'étude des indications et des difficultés de la version céphalique par manœuvres externes. Thèse de Paris, 1885.

Laskine. — Essai sur la version bipolaire. Thèse de Paris, 1890.

Laugier (C.). — De la version par manœuvres externes. Thèse de Montpellier, 1865.

Lefour. — Version céphalique par manœuvres externes dans les présentations pelviennes. Arch. de Tocologie, 1888, t. XV, p. 524.

Loviot. — Bull. et mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, 12 juillet 1888, p. 232.

Mantel. — D'une nouvelle manœuvre pour l'abaissement d'un pied dans la présentation du siège décomplété mode des fesses. Thèse de Paris, 1889, p. 287.

Marchal. — Etude du palper abdominal dans les applications au diagnostic de la grossesse. Strasbourg, 1864.

Mattéi. — Essai sur l'accouchement physiologique, 1885, p. 136-174-182.

— Du palper abdominal et de la version céphalique du fœtus opérée par manœuvres externes. Paris, 1879.

Maygrier. — Article Version in Dictionnaire de Dechambre, 1888.

Mezger. — De l'oligo-amnios. Thèse de Paris, 1901, nº 572.

Minon. — Pronostic comparé de la présentation du siège complet et décomplété mode des fesses. Thèse de Paris, 1904, nº 493.

Néret. — De la présentation du siège. Causes. Pronostic. Traitement. Thèse de Paris, 1899.

Nivert. — Des moyens de corriger les présentations vicieuses du fœtus par manœuvres internes. Revue de thérap. méd. chirurg., 1863.

— De la version par manœuvres externes. Thèse de Paris, 1863.

Noack. — Du relèvement des bras dans l'extraction par les pieds. Son traitement : abaissement du bras antérieur par manœuvres externes. Thèse de Lyon, s. d.

Olivier. — De la conduite à tenir dans la présentation de l'extrémité pelvienne, mode des fesses. Thèse de Paris, 1883.

Perrossier. — La procidence et le procubitus du cordon ombilical à la Clinique Baudelocque, du 10 mai 1893 au 1er janvier 1900. Thèse de Paris, 1900, nº 79.

Pinard. — Des contre-indications de la version dans la présentation de l'épaule. Thèse d'agr., 1875.

— Traité du palper abdominal, 2e édition, 1889.

— L'enseignement de l'obstétrique autrefois et aujourd'hui. Leçon d'ouverture, 1890.

— De l'exploration externe en obstétrique. Congrès de Moskou, 1897.

Pinard et *Potocki.* — Deux cas de rupture de l'utérus opé-

rés et guéris. Bulletin de la Soc. d'Obst., Gynéc. et Pédiatrie, 1904, p. 129.

Porak. — Version par manœuvres externes dans les présentations de l'extrémité pelvienne. Soc. obst. et gyn. de Paris, 10 déc. 1886, et Nouv. arch. d'obst. et gyn., 1889.

Prost (Mlle). — Présentation de l'épaule transformée en sommet au cours de la grossesse, au grand désespoir des parents de la jeune dame. J. des Sages-Femmes, 1900, 153-155.

Queirel. — Version par manœuvres utérines. Marseille médical, 1908, XL, 65-74.

Sifflet. — Du pronostic dans la présentation du sommet, l'enfant étant viable. Thèse de Paris, 1895.

Steinhart. — De la manœuvre de Mauriceau. Thèse de Paris, 1903, n° 484.

Tarnier. — Article Version in Atlas complémentaire à tous les traités d'accouchement de Lenoir et Sée, p. 238. Paris, 1865.

— Fibrome cause de dystocie, version céphalique par manœuvres externes, puis podalique par manœuvres internes. Journ. des Sages-Femmes, 1er mars 1889.

Thiery-Mieg. — Version par manœuvres externes et expression. Gaz. méd., Paris, 1872.

Vallette. — Valeur clinique de la tension permanente des parois utérines en obstétrique. Thèse de Paris, 1906, n° 240.

Velpeau. — L'évolution spontanée. Acad. de Médecine, 1834.

Wigand. — De la version par manœuvres externes et de

l'extraction du fœtus par les pieds. Trad. par F.-J. Herrgott, Strasbourg, 1857.

Zimmermann. — Ressources de la nature dans la présentation anormale. Thèse de Nancy, 1880.

Imp. spéciale de la librairie Rousset, 12, rue Monsieur-le-Prince, Paris.